

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Cirugía



**LAS RESECCIONES HEPÁTICAS POR HIDATIDOSIS EN
ESPAÑA: ESTUDIO MULTICENTRO HOSPITALARIO
EN UN TRIENO 1984-1986**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Elian Jamil Elias

Bajo la dirección del doctor
Manuel Hidalgo Huerta

Madrid, 1989

- **ISBN: 978-84-692-0989-9**

Tesis Doctoral

ELIAN JAMIL ELIAS



* 5 3 0 9 5 9 8 9 9 6 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

LAS RESECCIONES HEPATICAS POR HIDATIDOSIS EN ESPAÑA
ESTUDIO MULTICENTRICO HOSPITALARIO EN UN TRIENIO
1984-1986

Director:

Prof. MANUEL HIDALGO HUERTA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

Departamento de Cirugía

Facultad de Medicina

Madrid 1989



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

D. JOSE LUIS BALIBREA CANTERO, CATEDRATICO NUMERARIO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA,
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID,

CERTIFICA: Que la Tesis Doctoral titulada "Resección Hepática
por Hidatidosis" realizada por D. Elian Jamil Elías
y dirigida por D. Manuel Hidalgo Huerta, Profesor
Titular de Cirugía, ha sido considerada por el Con-
sejo del Departamento apta para ser presentada ante
el Tribunal Calificador.

Y para que conste, firma el presente certificado
en Madrid, a tres de Octubre de mil novecientos -
ochenta y nueve.

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO
DE CIRUGIA

DR. M. HIDALGO HUERTA

CALLE D, Nº 10 - EDIFICIO EDEN
TEL. 650 15 94
SOTO DE LA MORALEJA
ALCOBENDAS (MADRID)

D. MANUEL HIDALGO HUERTA, PROFESOR TITULAR DE CIRUGIA
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE,

C E R T I F I C O :

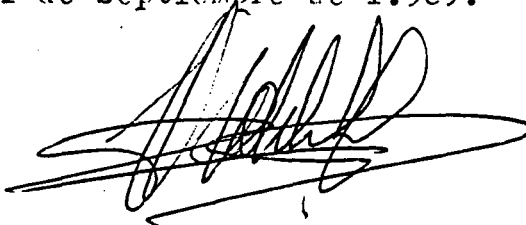
Qu el Dr. D. Elian Jamil Elías ha venido realizando bajo mi dirección su Tesis Doctoral sobre el tema "Las resecciones hepáticas por hidatidosis en España. Estudio multicéntrico hospitalario en un trienio 1984-1986". Previamente, y asimismo bajo mi dirección, fué aprobada en la Universidad Complutense su Tesina que versó sobre "Quiste hidatídico de hígado abierto en vías biliares".

La labor del Dr. Elian Jamil, y por ende el resultado de la tesis, es extraordinariamente positiva, y así me place afirmarlo, en un tema importante en nuestro país por la endemia que sobre hidatidosis padecemos justificativa del interés que conlleva toda aportación y, muy especialmente, la actitud quirúrgica sobre la misma que progresivamente ha conducido a posturas más radicales que relegan a un último término técnicas que exigen postoperatorios dilatados y la eventual resultante de fístulas etc. a que pueden dar lugar.

El Dr. Jamil recoge la experiencia de cuarenta y un servicios hospitalarios de diversos Centros de nuestro país, que suponen 1.022 pacientes con hidatidosis hepática de los cuales 82 (8,02%) han sido sometidos a resecciones hepáticas de mayor o menor cuantía. El análisis comparativo de estas técnicas con aquellas otras (quistoperiquistectomías, marsupializaciones, derivación interna, capitonajes, epiploplastias y mioplástias etc.) más conservadoras es de destacado interés, especialmente por la amplitud de la casuística y las deducciones a que su consideración lleva consigo.

Una exposición detallada sobre el origen y desarrollo del quiste hidatídico de hígado y una profusa bibliografía, complementan las excelencias de esta Tesis que, por las antedichas razones, me ha sido muy grato dirigir y, me tomo la libertad, de patrocinar.

Madrid, 21 de Septiembre de 1.989.



TESIS DOCTORAL

III

A la memoria de mi querido padre, que durante toda su vida, fomentó mi vocación, a mi esposa Khlood, fiel colaboradora en todas mis actividades, y a mis hijos Ramy y Mies.

IV

INDICE DE MATERIAS

	Pág.
Introducción	IX
CAPITULO I.	
Objetivo y Justificación.	1
Importancia de la antropozoonosis hidatídica.	1
Epidemiología quirúrgica. Justificación de esta Tesis.	2
Técnicas quirúrgicas en hidatidosis hepática.	4
Objetivo final.	5
CAPITULO II.	
Bosquejo Histórico de las Resecciones Hepáticas.	10
Resecciones hepáticas en general.	10
Resecciones hepática en la hidatidosis.	16
CAPITULO III.	
Fundamentos Morfobiológicos de las Resecciones Hepáticas en Hidatidosis	23
Origen y desarrollo del quiste hidatídico de Hígado.	24
La hidátide en los quistes hepáticos.	26
La adventicia en los quistes hepáticos.	27

El espacio periparasitario o espacio adventicial.	31
Alteraciones en el parénquima hepático.	31
Alteraciones biliovasculares.	32
Estadios evolutivos de la hidatidosis hepática.	35
Hidatidosis hepática primaria.	36
Fases de la hidatidosis hepática simple.	36
Fase de sufrimiento.	37
Fases de hidatidosis hepática complicada.	38
Fase de rotura.	38
Fase de membrana retenida.	38
Fase de multivesiculación.	39
Fase final parasitaria. Degeneración y calcificación.	40
Otras complicaciones.	40
Rotura de la adventicia en la porción intraparenquimatosa.	40
Rotura de la adventicia en su porción extraparenquimatosa.	41
Principios básicos del tratamiento de la hidatidosis hepática.	42
Causas de los fracasos terapéuticos.	49
Las Resecciones Hepáticas en el contexto terapéutico.	54

CAPITULO IV.

Material y Metodo	57
Puntualizaciones sobre la recogida de Material.	57
Servicios quirúrgicos encuestados.	62
Metodología.	65

VI

Pág.

CAPITULO V

Encuesta General. Listado.

75

CAPITULO VI.

Encuesta General. Resultados, Discusion y Comentarios

277

Encuesta general. Trienio 1984-1986.

277

Estudio individualizado de los años 1984, 1985 y 1986

281

CAPITULO VII.

Estudio Individualizado de las Resecciones Hepáticas.

288

Consideraciones previas.

288

Fichas protocolizadas Resecados Hepáticos.

292

Resultados.

354

CAPITULO VIII

Estudio comparativo: Hepatectomías-Quistoperiquistectomías totales

376

Consideraciones previas

376

Fichas protocolizadas de las Quistoperiquistectomías Totales.

377

Resultados.

409

Estudio comparativo.

412

CAPITULO IX

Resumen y conclusiones

417

CAPITULO X

Fuentes Bibliográficas y Bibliografía

456

Fuentes bibliográficas.

456

Bibliografía.

458

Introducción

Terminados los estudios de Licenciatura en la Facultad de Medicina de Sevilla en 1975, y habiendo realizado la especialidad de Cirugía durante cuatro años, tuve necesidad de regresar a mi país el, IRAK, donde ejercí la profesión de cirujano e incluso, tuve también el deber patriótico de actuar como tal ante las necesidades perentorias producidas en el conflicto bélico que durante largos años hemos penosamente soportado.

Sin embargo, sintiendo una gran inquietud por mi formación que indiscutiblemente redundará en beneficio de mis compatriotas, decidí volver a España, con el beneplácito de mi Gobierno y becado por el Instituto Hispano-Arabe para obtener mi título de Doctor, ambición fácilmente comprensible para todo profesional entusiasta de la Medicina.

Por ello, y como entrenamiento previo a tal proyecto, realicé mi "Tesina" (que fué leída y aprobada en la Universidad Complutense) la cual fué,

dirigida por el Prf.Dr.D. MANUEL HIDALGO HUERTA, Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Madrid y Prf.Titular del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de dicha Universidad.

El título de dicha Tesina fué "QUISTE HIDATIDICO DE HIGADO ABIERTO EN VIAS BILIARES"

A pesar de mi buenos deseos , mi inexperiencia y una serie de dificultades, incluso idiomáticas, me hacía necesario encontrar una personalidad muy adecuada. La suerte me hizo entrar en contacto con el mencionado Prf.HIDALGO, sin cuya inestimable dirección e incondicional apoyo nunca podría haber realizao mis deseos. D.Manuel, ayer y hoy, me ha tratado no solamente como maestro y profesor sino también como compañero, e incluso casi como un hijo.

Por todo esto, al decidir seguir adelante y comenzar con la Tesis Doctoral, no dudé en volverle a rogar tuviera la amabilidad de ser el Director de la misma. D. Manuel generosamente volvió a aceptar mi proposición. Es de justicia por tanto que a la hora de los agradecimientos lo situe en un lugar aparte muy especial.

En otro orden de cosas, quiero destacar también que la realización de la Tesina aumento mi interés por la problemática de la antropozoonosis hidatídica, lo cual me ha hecho que no dudara a la hora de elegir la materia a tratar en esta Tesis Doctoral.

XI

Agradecimiento también al Instituto Hispano-Arabe, gracias al cual permanezco en España realizando las actividades formativas mencionadas.

Mi agradecimiento a los Directores de los cuarente y un Servicios Hospitalarios que nos han servido de fuentes para esta Tesis y muy especialmente a los Jefes de Servicios de Cirugía que han prestado su colaboración desinteresada y me han facilitado mi trabajo sobre todo en momentos en que ya me parecía imposible su realización, supliendo ellos las grandes deficiencias de los Archivos Centrales incluso de los informatizados, que tampoco me resolvían todos los problemas.

Agradecimiento al Dr. Soleto, gran autoridad en la materia, por la gran atención que me ha prestado. habiéndome sido sus entrevistas de gran utilidad.

Siguiendo en esta materia de agradecimientos quiero señalar especialmente a los Prfs y Drs jefes de Srvicios encuestados:

L. Martin Sanz

L. Garcia Sancho

S. Fernandez de Lis

E. Moreno Gonzalez

A. Die Goyanes

D. Gonzalez Utrilla

F. De la Cruz Caro

F. J Berchi

XII

Crespo Gutierrez

A. Gonzalez Fuster

A. Hernado Palafox

F. Relimpio

M. Gonzalez y Gonzalez

R. Lozano Mantecón

J. Alba Losada

J. Vazquez Arnedo

V. Ferreira Montero

Para terminar y en un lugar especial también, quiero mencionar al Dr. M. Pérez Gallardo quién ha puesto a mi disposición toda la bibliografía necesaria y que me hubiera sido muy difícil de conseguir sin él.

Finalmente mi agradecimiento también a otras muchas personas que con una mayor o menor aportación han hecho posible que esta Tesis sea una realidad.

ELIAN JAMIL ELIAS

CAPITULO I

OBJETIVO Y JUSTIFICACION

IMPORTANCIA DE LA ANTROPOZOONOSIS HIDATIDICA.

La importancia del tema estará justificado en cuanto se refiere a una antropozoonosis que viene azotando a la humanidad desde hace siglos, extendiendose por todo los continentes, especialmente por regiones agricologanaderas, y cuyo control y erradicación aun no están resueltos. La Hidatidosis viene golpeando a la humanidad, aunque no de forma tumultuosa si continuada, astuta y tenazmente. Mucho de acostumbramiento y resignación envuelve la problemática de dicha antropozoonosis, pues despues de tantos años ha pasado de ser actualidad en los medios científicos (1), siendo un

tema desbordado en su interés por otros de mayor actualidad y, tal vez, por que no decirlo causante de mayores estragos. Sin embargo, la hidatidosis no solo por las cargas humana, social y económica que conlleva, sino incluso por su carácter de antropozoonosis tercermundista, que marca el estado sanitario de los países que la soportan, (injustificada, desde luego en España, con su gran nivel económico social e industrial), es aún más perentoria su erradicación.

Insistiendo en el caso particular de España, la importancia es aun más relevante al ser el primer país europeo, por lo menos en cifras absolutas, en incidencia hidatídica y tal vez el sexto u octavo a nivel mundial, (2)(3).

Por todo ello, creemos de interés que se sigan realizando estudios y publicaciones sobre los diversos aspectos que abarca el problema hidatídico como medio de ayuda y de actualización, y cuyas aportaciones deberán ser recogidas y utilizadas para lograr, al fin y cuanto antes, eliminar esta vergonzosa patología.

En mi caso concreto, perteneciendo a un país, El Irak, azotado también por la misma zoonosis, con estudios sobre el particular escasos o abandonados debido a una depauperante y cruel guerra, el aprendizaje que va a proporcionarme esta Tesis, nos podrá ser útil a mi regreso.

EPIDEMIOLOGIA QUIRURGICA. JUSTIFICACION DE ESTA TESIS

No es mi intención detenerme más en la discusión de temas epidemiológicos puros o en campañas de control, ya que como cirujano que soy serán los aspectos quirúrgicos los investigados y en particular, y más concretamente, dedicaremos el trabajo a algunos aspectos de la cirugía de la

Hidatidosis en su localización hepática por creer que es un capítulo aun no cerrado dentro de la patología quirúrgica de la Hidatidosis.

Sin embargo, han sido inicialmente datos epidemiológicos los que me han sugerido estudiar para ver como se pueden interrelacionar e influenciar las cifras nacionales de morbilidad hospitalaria con las técnicas quirúrgicas habituales.

La idea comenzó a gestarse en el año 1985 durante mi participación en el XIII Congreso Internacional de Hidatidología celebrado en Madrid. Fué un Congreso donde se aportaron innumerables trabajos que cubrían todos los aspectos de la hidatidosis con abundante material quirúrgico internacional y español.

Con estos datos ya pudimos hacernos una idea del estado global de la cirugía de la hidatidosis en general y de la española en particular.

Conocedor de los datos publicados en los Boletines Epidemiológicos (4), que sitúan alrededor de los 800 casos nuevos la incidencia anual y conociendo también la incidencia anual hospitalaria estudiada por el Instituto Nacional de Estadística en su encuestas de morbilidad hospitalaria y que arrojan una cifra media anual alrededor de los 2500 casos (5), era evidente que existía un gran desfase en las cifras solo justificable por un exagerado numero de enfermos ya operados anteriormente de Hidatidosis y que vuelven a ingresar en los hospitales españoles para ser intervenidos nuevamente. Si tenemos en cuenta que la Hidatidosis hepática es en número muy superior al resto de las demás localizaciones, y que cada vez es más notoria esta diferencia, atribuible, entre otras circunstancias, al más fácil diagnóstico de la primera con los nuevos métodos diagnóstico por imagen (ECO, TAC...), es fácilmente sospechable que la mayor parte de los

reingresos son pacientes a los que se le ha practicado una u otra intervención por quiste hidatídico hepático.

Por tanto, una cirugía con un porcentaje tan alto de reingresos hospitalarios merece por lo menos una detenida reflexión por parte de los cirujanos que han de plantearse la siguiente interrogante: ¿ Las técnicas quirúrgicas habituales y su grado de radicalidad son susceptibles de mejorar o han llegado ya a su máximo rendimiento ?.

Más tarde, cuando ya estaba bastante adelantada esta tesis tuvimos la satisfacción de escuchar publicamente al presidente de la Asociación Española de Hidatidología Dr. M. PEREZ GALLARDO que con las técnicas quirúrgicas actuales utilizadas en la cirugía hepática, hemos conseguido que, no menos de, 1000 de estos pacientes vuelvan a reingresar todos los años en nuestros hospitales, y que si bien la hidatidosis está lentamente descendiendo en nuestro país las cifras de incidencia hospitalarias, muy altas, se mantienen bastante constantes, hecho atribuible precisamente a este contingente de pacientes hidatídicos que reingresan y que ya tienen por lo menos un antecedente quirúrgico en su haber. Es más, dijo el Dr. PEREZ GALLARDO este fenómeno puede conducirnos a situaciones aberrantes tales como que *"si en un momento dado los Programas de Control terminasen con la hidatidosis en nuestro país ,los cirujanos podríamos seguir operando veinte años despues"*(6)

TECNICAS QUIRURGICA EN HIDATIDOSIS HEPATICA.

Las técnicas quirúrgicas aplicadas podemos agruparlas en cuatro grandes apartados:

Técnicas Conservadora

A) Marsupializaciones Clásicas y Diversas Técnicas de Evacuación y Drenaje.

B) Quistoperiquistectomías Parciales

Técnicas Radicales

C) Quistoperiquistectomías Totales

D) Resecciones Hepáticas

Los apartados C) y D) podemos considerarlos como cirugía radical o de exéresis total.

Nosotros, hemos aceptado como referencia respecto a las apetencias de la cirugía española por cada una de estas técnicas hasta el año 1984, las deducidas del estudio de diez series hospitalarias de diversos centros de distinto rango (Hospitales Clínicos Universitarios , Ciudades Sanitarias, Residencias Provinciales, Hospitales Provinciales ...). Estas referencias serían un modelo medio aproximado del grado de radicalidad que en España venía utilizándose hasta esta fecha, Tabla I. Estas diez series fueron publicadas por los autores en el Libro II de los Archivos Internacionales de la Hidatidosis Volumen XXVIII, las cuales combinadas debidamente han suministrado los resultados expuestos en la mencionada Tabla I, (57).

OBJETIVO FINAL.

Por tanto, con este punto de partida aproximado, en 1987 decidimos comenzar nuestra Tesis Doctoral dedicada a investigar, mediante un estudio multicéntrico, lo que hubiera sucedido en este terreno en los últimos tres años siguientes, 1984-1986 , así como la tendencia por año de esta cirugía

hepática en España a radicalizarse o no y a que ritmo, no olvidando que hasta 1984 el número de Resecciones Hepáticas, que es la técnica más radical de todas, practicadas por hidatidosis era del 7,3 % sobre el número de pacientes operados, y, en general, el porcentaje de cirugía radical practicada, así mismo fué el 37,75%. Estas cifras de referencia son

Tabla I

NUMERO TOTAL DE PACIENTES: 1944

10 Servicios Hospitalarios

TECNICAS CONSERVADORA: 688

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS PARCIALES: 828

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES: 592

RESECCIONES HEPATICAS: 142 o sea el 7,3 %

CIRUGIA RADICAL

EN 1944 PACIENTES: 734 37,75 %

EN 2254 QUISTES: 734 32,56 %

naturalmente muy imperfecta, pues así lo ha sido el método utilizado para obtenerlas. Sin embargo, repetimos que a pesar de su inexactitud nos pueden servir de orientación.

En una segunda parte, y en el mismo estudio multicéntrico, nos dedicaremos al estudio pormenorizado de las Resecciones Hepáticas en la

Hidatidosis, y a través del estudio minucioso de sus historias clínicas, obtener el mayor número de datos hasta tener así el más completo estudio de esta técnica y con las ventajas, inconvenientes y realismo que solamente los estudios multicéntricos proporcionan, especialmente cuando estos se han realizado personalmente y con la visita física a todos los Servicios Quirúrgicos de los Hospitales encuestados.

¿Por qué precisamente la elección de esta Técnica de Resecciones Hepáticas para nuestra Tesis?. Pues por que, por lo menos, desde un punto de vista teórico es la que cumple el requisito de mayor radicalidad y por que ya, algunos autores, están de acuerdo que en la actualidad deberán realizarse mayor número de resecciones debido a sus mejores resultados, a su escasa morbi-mortalidad actual y al potencial regenerativo del parénquima hepático que hace que después de una resección de el órgano no exista invalidez y / o secuelas (7). Otro argumento que justificaría nuestro objetivo, es la ausencia de estudios similares, ya que únicamente existen, como valoración de estas técnicas los trabajos publicados que hacen referencias a casuísticas individuales y que por tanto no tienen la objetividad del estudio multicéntrico.

La Resecciones Hepáticas son de mayor radicalidad aún que las Quistoperiquistectomía Totales, que ya es una técnica avalada por muchos éxitos, y que es universalmente aceptada como muy buena, pero las Resecciones la superarán aun en mayor radicalidad pues cubrirían los siguientes aspectos.

- 1.- Elimina totalmente el parásito o sus restos
- 2.- No deja cavidad residual

3.- No deja fístulas biliares

4.- Al hacer la extirpación en bloque evita la posibilidad de contaminación.

5.- Estirpa al mismo tiempo las lesiones parahidatídicas concomitantes como zonas de fibrosis y otra patología próxima.

6.- Es a veces la única salida cuando no puede realizarse la Quistoperiquistectomía por múltiples loculaciones de la adventicia, calcificación...

7.- Es el único procedimiento lógico en hidatidosis múltiples que afectan a un lóbulo.

Es evidente que el escaso número de resecciones que se sospecha encontraremos es debido, sin duda alguna, a la mayor dificultad técnica y al mayor riesgo en su ejecución. Sin embargo, estos factores negativos no hay duda que son relativos pues el riesgo de hoy no es el de ayer ni será el de mañana.

Finalmente, no existiendo ningún estudio multicéntrico sobre el particular y mucho menos con la metodología seguida de máxima objetividad (recabando datos con la vista personal, servicio por servicios, muy diferente a las habituales encuestas realizadas mediante el envío a los diversos hospitales de una hoja a cumplimentar), creemos le dará un especial interés al tema.

CAPITULO II

BOSQUEJO HISTORICO DE LAS RESECCIONES HEPATICAS

RESECCIONES HEPATICAS EN GENERAL.

No es posible precisar el momento histórico ni cómo, quién, y el por qué fué efectuada la extirpación quirúrgica de una parte del hígado. Sin embargo, hay constancia que a principios del siglo XVIII se practicaron extirpaciones parciales de esta víscera utilizando el procedimiento rudimentario de exteriorización previa de la zona hepática a extirpar. Parece que fué BERTA quién en 1716 realizó nada menos que una Resección Hepática Derecha por primera vez, (8), (9).

Sin embargo, el extraordinario riesgo que los pacientes corrían, con el tributo de una altísima mortalidad, dichas técnicas reseccionistas hubieron de postergarse dos siglos; sin embargo, ya en 1911 W. WENDEL había realizado una Hepatectomía Derecha con ligadura de la arteria hepática y del conducto hepático, (10), y G. CAPRIO en 1931 extirpaba por primera vez un segmento hepático izquierdo con control hiliar, (11).

Según T.H. LIN (12), las causas del temor a las resecciones hepáticas podrían resumirse en tres características especiales de esta víscera:

1º. Inaccesibilidad quirúrgica del hígado.

2º. Las funciones vitales del hígado hacían prever fatales consecuencias al suprimir una parte del mismo.

3º. Su gran friabilidad y su gran capacidad de almacenamiento sanguíneo hacían temer la producción de grandes hemorragias incoercibles.

A todo esto había que agregar el desconocimiento de su anatomía y de su gran capacidad de compensación funcional.

Por tanto, puede considerarse que hasta después de la II Guerra Mundial, las Resecciones Hepáticas fueron anecdóticas y solamente con el resurgir de nuevos conocimientos anatomofisiológicos y el gran desarrollo de las técnicas anestésicas y de reanimación, así como del perfeccionamiento de las técnicas quirúrgica en general, se hizo posible que las Resecciones Hepáticas fueran entrando, aunque muy lentamente, en las técnicas más o menos habituales. De esta manera MORENO GONZALEZ Y LANDA GARCIA, se expresan sobre el particular manifestando que hoy en día, junto a los mejores medios hospitalarios y a la mayor experiencia de los cirujanos, las Resecciones

Hepáticas constituyen una técnica más en numerosos de los hospitales y se acompañan, cuando se realizan por lesiones benignas, de una morbimortalidad muy baja, (13).

Sin embargo, en honor a la verdad hay que decir que aún la Resección Hepática no es una técnica, ni mucho menos, tan superada como lo pueden ser las Resecciones Pulmonares.

Como hitos históricos destacados podemos señalar los siguientes:

En 1939 TON THAT TUNG, (14) introdujo en la cirugía reglada de las Resecciones Hepáticas la técnica transparenquimatosa utilizando los dedos para la separación de la zona del hígado a extirpar. Esta técnica fue ignorada durante años, y solamente era conocida por algunos cirujanos indochinos y franceses, (15).

En 1952 publicaron HJORTSJÖ, ELIAS Y COUINAUD sus trabajos sobre la anatomía quirúrgica moderna del hígado, su lobulación y segmentación, básicos para el desarrollo técnico de las Resecciones Hepáticas, (16). La anatomía clásica describía un lóbulo derecho y otro izquierdo cuyo límite de separación se encontraba en la línea marcada por el ligamento falciforme y el ligamento redondo, límite falso desde el punto de vista de la anatomía segmentaria del hígado. La verdadera anatomía hepática muestra, efectivamente, dos lóbulos pero cuya verdadera línea de separación se extiende desde la cara derecha de la vesícula biliar a la cara izquierda de la cava (Línea de SERENCE-CAUTLIE). Cada uno de estos lóbulos hepáticos se dividiría, según la anatomía vascular intrahepática en cuatro segmentos de acuerdo con los trabajos de los autores antes mencionados, (Figuras 1 y 2). Conciben así dos lóbulos uno derecho y otro izquierdo, siendo el lóbulo

cáudado un segmento supernumerario que recibe su vascularización de los dos lóbulos hepáticos. La arteria hepática, la vena porta y el conducto hepático, dividiéndose cada uno en dos ramas que se disponen casi en sentido horizontal, trazan una línea que divide ambos lóbulos en una porción craneal y otra caudal. *La vena hepática media en sentido sagital establece la división entre los dos lóbulos derecho e izquierdo y dentro de cada lóbulo las venas hepáticas derecha e izquierda, también sagitales, dividen cada lóbulo en una porción paramediana y otra lateral. De esta forma resultan 8 segmentos hepáticos.* Cada uno de estos segmentos posee una o más ramas de la vena porta, del sistema arterial hepático y del sistema biliar, así como un drenaje venoso en el sistema de la vena porta.

En 1952 LORTAT- JACOB, (17), introdujo una forma más racional de realizar las Resecciones Hepáticas controlando previamente el pedículo glissoniano en el hilio hepático, es decir inició una nueva etapa : *"las Resecciones Hepáticas Regladas o Típicas"*. En ese mismo año J.SENEQUE, (18), publica la primera lobectomía izquierda reglada.

En 1953 J.K. QUATTLEBAUN , (19), publicó la primera Trisegmentectomía realizada con éxito.

En 1954 LIN y colaboradores dan a conocer la "finger fracture" o "digitoclasia" que no es sino la técnica de TON THAT TUNG, que como hemos dicho era casi ignorada, siendo él el encargado de popularizarla, (20), (21)

En 1959 J.K QUATTLEBAUN, (22), publicó la primera resección reglada realizada por vía transparenquimatosa mediante elementos romos.

En 1961 G.T, PACK, (23), realiza la primera lobectomía mediana descrita.

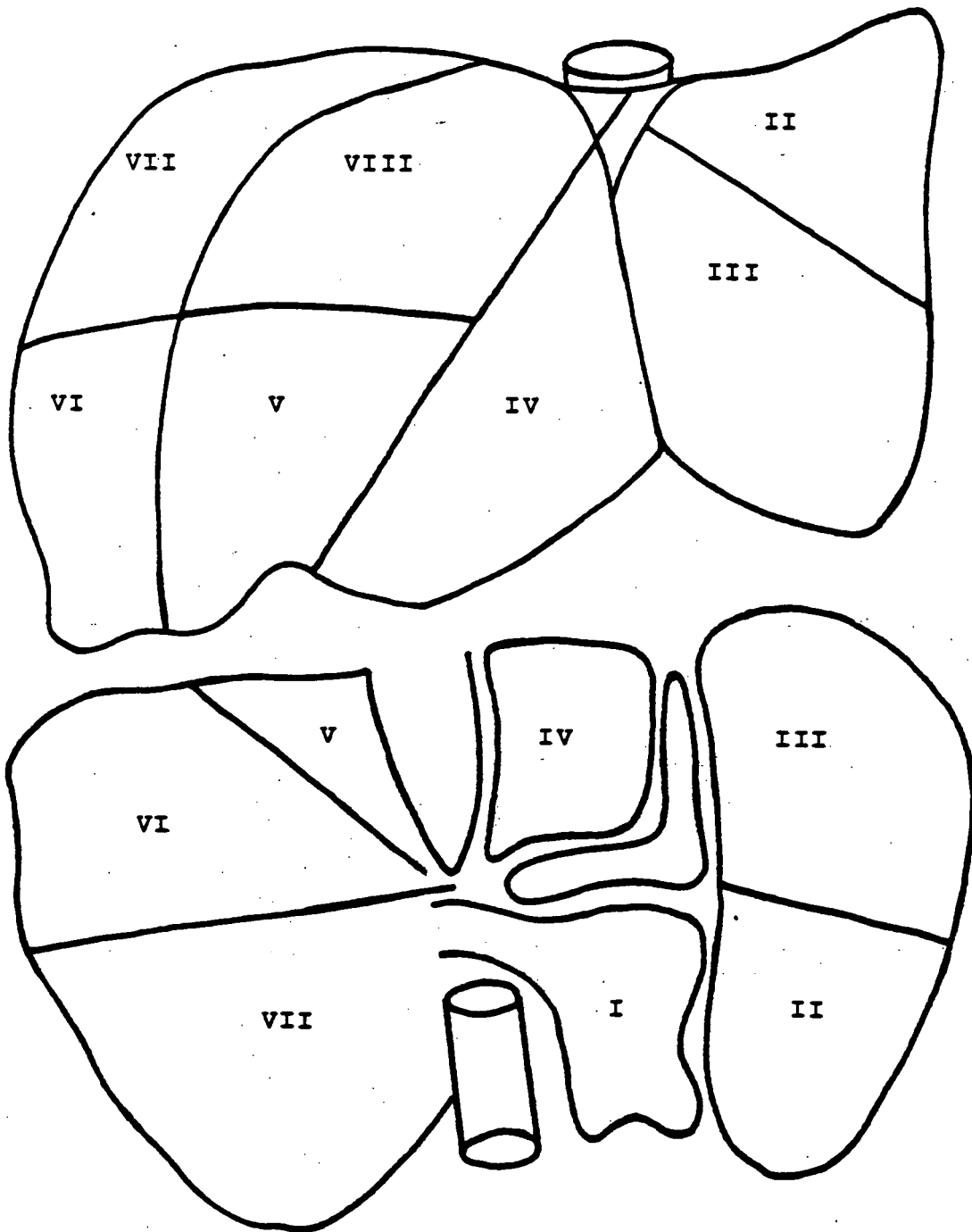


Figura 1: Segmentos hepáticos según COINAUD.

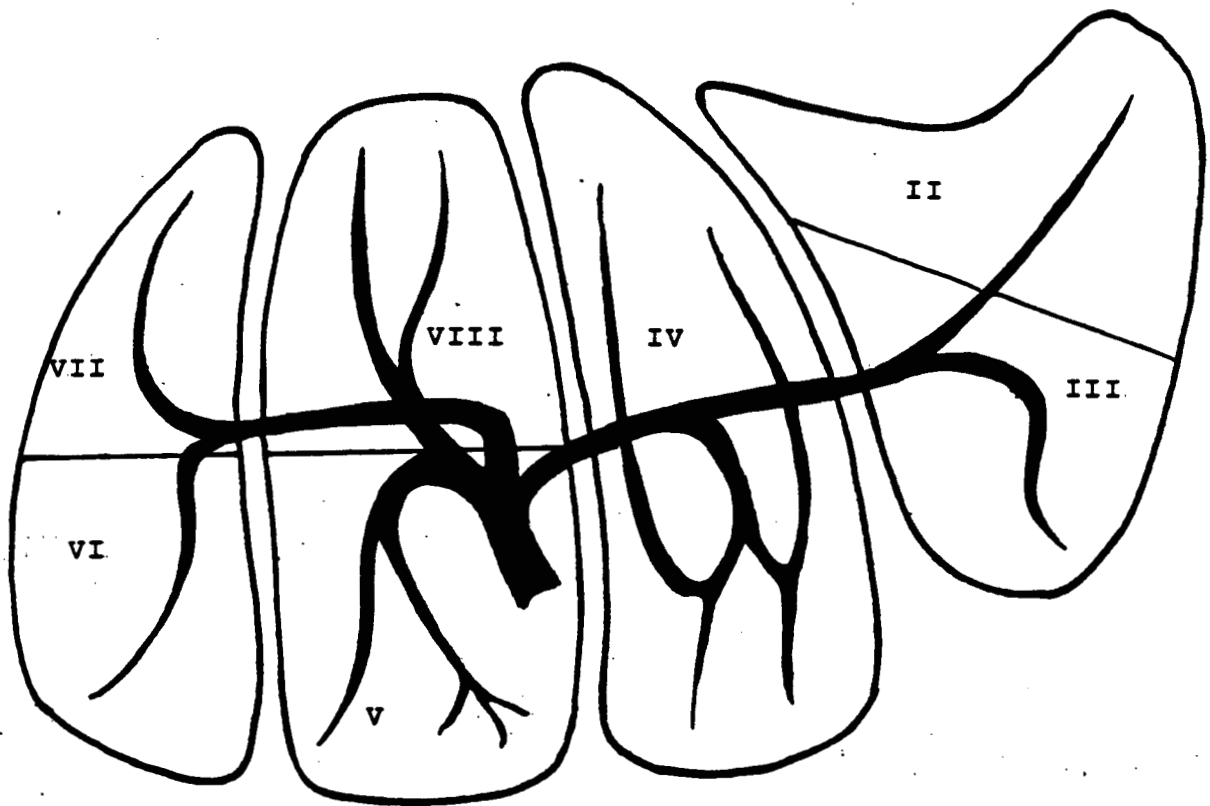


Figura 2: Segmentos hepáticos según TON-THAT-TUNG.

En 1973 T.Y.LIN introdujo los clones hemostáticos, diseñados por este autor, para facilitar las resecciones. Este clamp, le permitiría realizar las Resecciones Hepáticas en minutos y sin hemorragias, (24), (25), (26), (27).

Expuesta la evolución histórica de las Resecciones Hepáticas, y gracias a esos conocimientos, hoy podemos sintetizar sus diversas posibilidades de la siguiente forma: (28)

A). Resecciones Regladas o Típicas.

1. Con control hiliar (Caprio, Lortat-Jacob y Robet)
2. Via transparenquimatosa (Ton THAT Tung)
- 3 Via combinada

B). Resecciones Hepáticas Atípicas o a la Demanda de la Lesión.

(Exéresis parciales, Quistorresecciones.....)

C). Instrumental (Clamp de LIN). (29)

Típica

Atípica.

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS.

La Cirugía Conservadora, a veces con un mínimo gesto quirúrgico, fué durante muchos años la cirugía sistemática practicada en el quiste hidatídico de hígado. El concepto erróneo de que la Hidatidosis es una

enfermedad evolutivamente benigna, (que aun sigue perdurando en algunos sectores), y que por tanto no había que exponer al paciente a grandes riesgos, ha retrasado este tipo de cirugía sin menospreciar, desde luego, la mayor complejidad y riesgo de estas técnicas.

Parece ser que la primera Resección Atípica por Hidatidosis, con eliminación del parásito, su adventicia y una porción de tejido hepático circundante, fué sugerida en 1889 por LORETA, (30).

En las primeras décadas de este siglo FINOCHIETTO (citado por CASIRAGHI) decía tener ya conocimiento de 12 Hepatectomías Parciales por quistes hidatídicos, (31).

Dichas Resecciones Atípicas fueron aconsejadas también por REDI, ANGELETTI, GAVINA Y PETTINARI entre 1940 y 1951, así como por IMPERATI en 1953, (29).

El principio de benignidad sostenido más arriba, ni ahora ni nunca se mantuvo, en cuanto nos referimos a una forma especial de Hidatidosis, la "Equinococoosis Alveolaris". Por ello, es en esta forma especial de Hidatidosis donde con menos reparo se comenzó la utilización de las Resecciones Hepáticas, pues era evidente que se trata de una enfermedad evolutivamente maligna y donde la totalidad de las técnicas quirúrgicas empleadas estaban condenadas al más rotundo fracaso. Como dice MICHAN, referido por GOINAR en la Alveolococoosis Hepática pueden y deben probarse las técnicas más audaces, (32), y así GROSDIDIER en 1957 obtuvo éxitos con la aplicación de la exéresis reglada en dicha forma maligna de hidatidosis, (33); sin embargo, este mismo autor, más tarde, con motivo de la presentación de una casuística de 54 casos, llegaría a proponer como única solución a este grave problema el Transplante Hepático, (34).

Otra importante serie publicada fué la de BREGADSE de Moscú, (35), que consta de 33 pacientes, portadores de este tipo de Hidatidosis, sometidos a Resección Hepática. Este autor recomendaba, si era posible técnicamente, eliminar totalmente la enfermedad siempre radicalmente, mientras que el estado general del paciente lo permitiera, pero si no fuera posible hacerlo así, porque los quistes invadiesen órganos vecinos, igualmente deberían emplearse estas técnicas, en estos casos con satisfactorios resultados paliativos. Este autor, defensor de las Resecciones ejecutadas en dos etapas, realizó Lobectomías Derecha e Izquierda. con 5 defunciones en el primer caso y 2 en el segundo, siendo la causa de la muerte el shock y las hemorragias profusas.

Volviendo a la Hidatidosis Granulosa, fué BOURGEON uno de sus primeros y más decididos defensores de estas técnicas reseccionistas. Este autor, no solamente defendió la Quistorresección, que en realidad es una Hepatectomía Parcial Atípica favorecida por la topografía particular del quiste, sino también las Hepatectomía Lobares que son Hepatectomías Regladas Derecha o Izquierda, de una parte o de otra de la cisura principal, o de una Hepatectomía no Reglada según el método de la guillotina (BRUNSCHVIG), (36).

BOURGEON, en 1957, también fijó las indicaciones para los casos de apertura de los quistes en las vías biliares, (37). Cuando la fístula es pequeña, pero con periquística gruesa, para tomar la decisión se guiaba de la topografía y de la calidad del hígado restante. En los quistes de lóbulo izquierdo, con compresión del pedículo glisoniano aconsejaba Lobectomía Izquierda Reglada; en los quistes muy voluminosos del lóbulo derecho, y también con adventicia gruesa, con hipertrofia del lóbulo izquierdo, la mayor parte de las veces se inclinaba más por la Hepatectomía Derecha Reglada que por la Quistectomía. También como indicaciones particulares de

Hepatéctomías incluía aquellos casos con quistes múltiples agrupados en un lóbulo semejante a los quistes gigantes que también ocupaban un lóbulo.

En Uruguay CEDAN ALFONSO, en 1963, presentó 28 casos de quistes calcificados y fibrosos tratados con quistectomías totales cerradas y Hepatectomías Parciales, con un promedio postoperatorio de 8 días, ninguna complicación y un solo fallecimiento, no imputable al método, (38).

Resecciones laminares fueron publicadas en España por PEREZ-HICKMAN en 1968 en dos casos de quistes hepáticos marginales localizados en el lóbulo izquierdo, no planteando, cuando se hacía sutura previa en corona con puntos en U, ningún tipo de problemas. El postoperatorio, sin complicaciones fué de 10 y 11 días respectivamente, (39).

Sin embargo, es en la década de los setenta cuando comienzan a aparecer más numerosas casuísticas, y en esa misma década S.SKAMNAKIS afirma que en extensas afectaciones hepáticas por monoquiste o poliquiste, el método de elección es la Lobectomía, siendo preferible a las demás técnicas, (40).

Entre estas series destacamos la de C.TOADER, I.TOADER, M CAZACU y M. CIUROIU, con 40 Hepatectomías Parciales (15 lobectomías Ia, 7 Da, y una Da ampliada, así como 17 segmentectomías), (41) ; la de A.SAPKAS, E.PAPAEVANGELOU, S.MANTONAKIS con 34 casos (derechas 2 e izquierdas 32) quienes además postulan que la Hepatectomia Radical Izquierda es el procedimiento de elección mientras la Derecha debe ser realizada con gran precaución, (42), (43); y, finalmente la de Y.CASAY, I.KOSHINO, N.KAWANISHI, Y.HATA, M.YASSIMOTO, M.KUMAGAI, con 28 casos que incluyen 5 trisegmentectomías, (44).

Finalmente en esa misma

década. MESTIRI y colaboradores, de Túnez publicaron 57 Hepatectomías Regladas que fueron realizadas en 11 años sobre 472 pacientes, (45).

En España en esa época , existían aun pocas series publicadas de importancia, destacando tal vez la de MORENO GONZALEZ, (46), con 14 Resecciones (11 Quistorresecciones y 3 Lobectomías).

Concluimos esta revisión histórica a mediado de nuestra década en la cual podemos encontrar ya un mayor número de publicaciones sobre el particular, especialmente españolas, con más importante número de casos. Así por ejemplo, varias series de los servicios quirúrgicos de determinadas Universidades, como la de Nápoles con 26 Resecciones Hepáticas sobre 164 casos y quienes además amplían las indicaciones de las mismas a aquellos quistes con prolongaciones de tipo pseudodiverticular que profundizan en el parénquima hepático, así como en las fístulas biliares de gran calibre, (47); la de Belgrado con 26 sobre 363 pacientes, (48); la de Hokkaido (Japón) con 51 pacientes resecados entre 83 enfermos portadores de hidatidosis alveolaris, (49), y la de Roma con 14 resecciones efectuada en un contingente de 174 pacientes, (50).

Para terminar no podemos ocultar las publicaciones sobre el particular de los autores españoles donde aparecen ya series importantes de pacientes sometidos a alguna forma de resección hepática, como por ejemplo la de SOLETO SAEZ, (51), con 33 casos; la de GONZALEZ Y GONZALEZ (52), con 32; la de MORENO GONZALEZ, (53), con 21; la MARTINEZ PIÑEIRO, (54), con 21; la de NARBONA ARNAU con 20, (55) y la de RELIMPIO FERRER, (56) con 25.

PEREZ GALLARDO, (57), resumió en un simplificado cuadro estadístico, con los datos de 10 series de otros tantos hospitales, el estado de las

técnicas quirúrgicas utilizadas en España hasta 1984, como ya ha sido referido en el capítulo anterior: sobre 1944 pacientes y 2254 quistes se habían realizado 142 Resecciones Hepáticas de mayor o menor cuantía.

CAPITULO III

FUNDAMENTOS MORFOBIOLOGICOS DE LAS RESECCIONES

HEPATICAS EN LA HIDATIDOSIS

Los fundamentos morfológicos de la cirugía hepática de la Hidatidosis en general y de las Resecciones en particular están incluidos en las peculiaridades parasitarias, en el cómo de su desarrollo larvario en la viscera hepática, en una serie de alteraciones anatomopatológicas típicas que el mismo crea en ese parénquima y sus estructuras vasculobiliares, y, finalmente, en la peculiaridad reactividad del tejido conjuntivo hepático a

tales alteraciones. Dentro de esa reactividad destaca por su importancia la membrana adventicial, cuyo mejor estudio ha sido, en gran parte, responsable del abandono de la mayor parte de las técnicas conservadoras.

ORIGEN Y DESARROLLO DEL QUISTE HIDATIDICO DE HIGADO

Una vez anclados los embriones exacantos, origen de la "Hidatidosis Hepática Primaria", o los escólex, origen de la "Hidatidosis Hepática Secundaria", en el hígado van a comenzar una serie de transformaciones en ellos, así como unos fenómenos reactivos en dicho parénquima que, finalmente, originarán el quiste hidatídico único o múltiple. Los fenómenos de desarrollo son similares en ambos casos, si bien han sido mejor estudiados en la Hidatidosis Secundaria, debido al más fácil manejo del modelo experimental animal, en el caso del escólex, y al indiscutible adelanto que ha supuesto el conseguir las mencionadas transformaciones "in vitro". Por ello nos vamos a referir fundamentalmente en los párrafos siguientes a la evolución quística del escólex.

Muy precozmente, el embrión exacanto o los escólex que han llegado a anclarse en el hígado van a sufrir una transformación morfológica, siempre que sobrevivan a la resistencia impuesta por el organismo humano. En principio, tras la infección primaria se produce un rápido aumento de inmunoglobulinas, siendo de especial interés el de la Ig G_{2a} cuya finalidad es al parecer proteger al hospedador frente al parásito. Sin embargo, de las inmunoglobulinas la que más se eleva es la Ig E, creyendo algunos autores que también tiene un carácter protector activando los macrófagos que se vuelven citotóxicos para las larvas parasitarias, (58).

La inmunofluorecencia ha puesto de manifiesto receptores en el tegumento de los escólex para las inmunoglobulinas específicas, y también se

ha demostrado la gran sensibilidad del mismo a los sueros de pacientes o animales inmunizados, produciéndose una rápida y efectiva acción destructora, (59). Pues bien, si logra vencer esta primera barrera el escolax va a iniciar una serie de transformaciones. Si, por el contrario, es destruido, en el foco de enclavamiento se produce una reacción inflamatoria que deberá hacer desaparecer los restos parasitarios y de necrosis hística que serán fagocitados por las células de KUPFFER. En 1980 ANNEM y Col. pusieron en evidencia que el parásito contenía un potente agente citotóxico que produce la destrucción celular y, en una fase siguiente, donde las células dañadas del huesped se convierten en un foco de actividad fagocitaria, producen atracción hacia este foco de fagocitos mononucleares y eosinófilos.

A las 48 horas adoptan formas rectangulares. En muy pocos días se va a producir una hinchazón hidrópica en ellos mismos, adoptando morfología esférica que marca una nueva etapa designada como "fase vesicular". Seguidamente, sobre la superficie externa de estos protoescólices hinchados, van apareciendo laminaciones inertes, al mismo tiempo que los ganchos y el tejido muscular de los protoescólices se van acumulando en algunas zonas. Esta es la etapa de "microquistes", previa a la de "hidátide definitiva", marcada, no solamente, por la limpieza en la esfera al eliminar los restos de ganchos y músculos, la consolidación de las laminaciones, que incluso pasan por una etapa de retracción, sino también por la aparición de la capa biológicamente activa más importante o capa celular germinativa, (60).

Mientras tanto, en el parénquima hepático también van a aparecer diversos fenómenos reaccionales de infiltración celular y neoformación vascular, que pretenden el aislamiento del parásito intentando enclaustrar a la hidátide en una cápsula fibrosa, dura y resistente llamada adventicia.

La Hidátide de lo Quistes Hepáticos.- Una capa externa, blanco brillante del aspecto de huevo cocido la limita; acelular, anhista y quitinosa; se designa como cuticular. Cuando el quiste tiene cierta edad, o sufre una eventual infección las distintas capas de la cuticular comienzan a exfoliarse con facilidad y la hidátide, simultaneamente, pierde tensión. A través de estas exfoliaciones puede verse la otra capa también blanca, brillante y trasparente, que es la capa germinativa o prolígera.

Esta última es de inestimable valor en el mantenimiento de la vitalidad de la hidátide, de su nutrición y del origen de la posible fertilidad de ese quiste. Las células vivas que la integran, en su parte más periférica o apical, adoptan estructuras de sincicio sin espacios limitantes entre ellas, presentando una gran selectividad a la hora de ser atravesada por diversos elementos. Ella también produce, por ~~macanismos~~ asexuados, los elementos fértiles, protoescólices y cápsulas prolígeras con capacidad de producir nuevas hidátides, perpetuando así la especie.

La hidátide ocupada por un líquido cristalino de gran capacidad antigénica, agua de roca, en el cual sobrenadan unos elementos que han sido designados como arena hidatídica (que incluso se pueden ver por transparencia), no serían más que cápsulas prolígeras, fragmentos de membranas desprendidos y protoescólices.

Esta hidátide así formada en el hígado va a crecer con más dificultad que en el pulmón, pues es un órgano más consistente que el blando tejido pulmonar. Una vez originada la hidátide ésta de por sí tiene bastante resistencia a los anticuerpos (hecho que contrasta con la sensibilidad ya citada de los escólex a los mismos). La germinativa por su estructura sincicial no permite el paso de macromoléculas superiores a 150.000 daltones.

En el crecimiento de la hidátide hay que tener en cuenta la mencionada resistencia uniforme del hígado por lo que en los quistes intraparenquimatosos tienden a la esfericidad, pero en cuanto alcanzan la capsula de GLISSON encuentran más facilidad para crecer pudiendo originar incluso grandes bolsones.

En esta prolongada fase, el hígado y el organismo toleran perfectamente esta hidátide, (hecho que llama mucho la atención pues en realidad no debería ser así, pues al ser un ser vivo extraño al organismo debería comportarse como un xenoinjerto y ser fuertemente rechazada). Este es un misterio que nos hace pensar que el E. Granulosus es un gran manipulador del sistema inmunitario.

Esta primera etapa de crecimiento, de escasa de expresividad clínica, va a terminar cuando la hidátide entra en conflicto con el árbol biliar o con factores adventiciales adversos a su nutrición comenzando la involución parasitaria y la muerte como individuo de la hidátide, marcando así el inicio clínico de la Hidatidosis Complicada.

La Adventicia de los Quistes Hepáticos.- Es la cápsula fibrosa que envuelve a la hidátide. La adventicia de los quistes hepáticos, que es más gruesa que la de los pulmonares, en su porción incluida plenamente en el parénquima hepático es más delgada y cuanto más se aproxima al hilio hepático más aún, por el contrario, en la región más periférica del quiste, que es una parte exteriorizable en cavidad abdominal, la adventicia es más gruesa y consistente. Al cirujano se le presenta como una mancha acartonada y blancuzca nacarada que destaca sobre la superficie hepática y surcada de vasos, alguno de ellos trombosados. Si bien la adventicia tiende a aislar el

parásito, no es menos cierto que a través de ella se hace la nutrición, pues es ella el único contacto que el parásito tiene con el organismo.

Es importante señalar la presencia de una red de espesamientos en relieve en la cara interna de la adventicia, formando anchas mallas irregulares y bridas que corresponden a porciones de la adventicia en contacto con vasos o bronquios.

En la parte hiliar, o casquete hiliar de la adventicia, es donde habitualmente se encuentran los orificios de las fístulas biliares. En el resto de la misma, contactando totalmente con el hígado, o en la parte superficial extraheática, es donde es posible encontrar un plano de clivage o de despegamiento de grán interés quirúrgico.

Desde el punto de vista histológico podemos distinguir varias capas:

1º. Capa esclerohialina, pobre en elementos celulares.

2º. Corona de tejido inflamatorio linfo-plasmocitario, con algunos polinucleares y eosinófilos y con numerosos capilares dilatados e incluso algunos trombosados.

3º. Una zona de tejido hepático con hepatocitos aplastados y organización intersticial conjuntivo-esclerosa.

La reactividad del tejido conjuntivo en el hígado es muy grande. Por ello la adventicia es gruesa, mal delimitada en el lado del parénquima para el que manda prolongaciones que hacen que la disección sea difícil, dejando a la zona con aspecto desflecado hemorrágico y con anfractuosidades.

La adventicia a su vez tiene su propia patología, generando:

- Sufrimiento del parásito por carencia de nutrición a través de un tejido cuya permeabilidad fué alterada.

- Sufrimiento del hospedador dadas las repercusiones generales de esa patología.

Por su fallo como eventual agente de protección del hospedador permitiendo:

- Paso del parásito a otro órgano
- Paso de sus productos con las consecuentes reacciones locales y generales a distancia.

A una adventicia espesa corresponderán alteraciones patológicas más marcadas (las dificultades metabólicas de un tejido cicatricial), por el contrario tendrá menores posibilidades de rotura.

La patología de la adventicia es, como sería de esperar, la patología general del conjuntivo. (Hialinización, esclerosis, osificación, necrosis, creando un clima local propicio a las calcificaciones. infiltraciones inflamatorias sin correlación clínica...)

Los depósitos de calcio aparecen en los exámenes histológicos con una frecuencia mayor (60%) que en los exámenes radiográficos (30%).

Esta calcificaciones, sin calcemia elevada, son consecuencia de alteraciones locales del conjuntivo y en su producción existen diversos caminos confluentes.

El crecimiento expansivo del quiste, empujando los tejidos vecinos, conduce a la degeneración de porciones marginales directamente alcanzadas. La necrobiosis transcurre con aumento local de fosfatasas alcalinas, que desdobra los ésteres fosfóricos circulantes, con liberación de calcio. A esto viene a añadirse, merced a las pequeñas fisuras de la membrana y difusión osmótica, el calcio que proviene del propio líquido hidatídico, muy rico en este elemento.

La disminución de vitalidad celular produce menor actividad respiratoria de las células (LENCINI y MAFFEI), con modificación del Ph local en el sentido de la alcalinidad, donde el bicarbonato de calcio soluble pasa a bicarbonato insoluble.

La compresión de la sustancia intersticial conjuntiva lleva a su fragmentación que da base morfológica a los fenómenos de depolimerización, conduciendo a la producción local de muco-polisacáridos. Esto que es una línea general de comportamiento del conjuntivo, fué visto por HORTA en la adventicia hidatídica. Los mucopolisacáridos forman una matriz para la precipitación del calcio, (61).

Toda esta patología de la adventicia genera alteraciones de permeabilidad necesaria a la nutrición del parásito, produciendo su sufrimiento.

Fisuraciones por donde la membrana hidatídica se insinúa, a manera de pequeñas hernias, puestas de manifiesto por el carmín de BEST, dan origen a vesículas hijas exógenas. Este fenómeno es de gran interés quirúrgico pues es un argumento importante esgrimido por las corrientes radicalistas para derrocar a la Cirugía Conservadora ya que la persistencia de la adventicia en este tipo de cirugía, entre otros inconvenientes sería responsable de gran parte de las recidivas parasitarias.

En contrapartida el mayor grosor de la adventicia hepática disminuye los peligros de rotura.

Poca penetración en otras vísceras, que ciertamente existe, pero la mayor parte de las veces sucede en quistes infectados.

Los propios tránsitos hepatotorácicos no son muy frecuentes.

Escaso número de roturas espontaneas en peritoneo libre.

Pocos casos de hidatidosis múltiple (apenas 3% según ROLANDO MOISAO).

Pero, por el contrario, fueron facilmente visibles las señales de lucha contra el paso de los productos del parásito alergizantes para el hospedaor.

Infiltración de plasmocitos y eosinófilos.

Infiltración linfocitaria con centros de FLEMMING.

Verdaderos granulomas con células gigantes y epiteloides, más frecuente que las manifestaciones clínicas de tipo anafiláctico.

Urticaria

Prurito cutáneo.

Espacio Periparasitario o Espacio Adventicial.- La alteración de este espacio virtual, como puede ser la transformación en espacio real, despegándose de la hidátide, o la alteraciones físicoquímicas que en él se pueden crear, (por la entrada de aire, bilis o bacterias), van a perturbar seriamente la nutrición de la hidátide que, inexorablemente, y en poco tiempo va a conducir a la ruptura de la misma y a la historia natural de la "Hidatidosis Hepática Complicada".

Alteraciones en el Parénquima Hepático.- La expansión del quiste va a producir sufrimiento de los elementos nobles del mismo. Los hepatocitos son aplastados y los cordones celulares se colapsan o desaparecen, invadiendo el conjuntivo las áreas de necrosis. Todo esto pasa en las proximidades del quiste por un fenómeno exclusivamente mecánico, pudiendo incluso ,llegarse a

la destrucción total de un lóbulo sin ninguna alteración morfológica ni funcional del resto del parénquima.

Las posibilidades de compensación funcional del hígado desde FONFIK (1896), citado por MOISAO (61) han sido sucesivamente confirmadas. Cuando una enfermedad ocupa extensamente un lóbulo, el otro se hipertrofia llegando a dar por palpación la sensación de tratarse de otro quiste. Microscópicamente es notoria la regeneración postcolapso y, más a distancia, la hiperplasia.

Por ello no se encontrarán alteraciones clínica ni de laboratorio de insuficiencia hepática; lo mismo para grandes quistes que para los muy numerosos.

Alteraciones Biliovasculares.-

Arteriolas: La compresión, los focos degenerativos resultante de ello y las zonas de regeneración, condicionan distorsión de la arquitectura celular como en cualquier hepatopatía, constituyendo las bases biológicas de la evolución a la cirrosis.

Se trata hasta aquí de un mecanismo puramente local, en una pequeña faja de contacto con la adventicia. Luego puede seguir viendose apenas una fibrosis penetrando en los lóbulos. El resto del parénquima continúa histológicamente normal. Nada tiene pues de común con el proceso generalizado a todo el órgano típico de las verdaderas cirrosis.

Comprimidas las arterias y ahogadas en la fibrosis pierden su capacidad funcional y por tanto nada predispone a hemorragias intraquísticas ex-vacuo. Las hemorragias se producen en la cara externa de la adventicia en el acto de extirpación de la misma cuanto más nos acercamos al hilio. Esta dificultad impediría la realización de algunas Quistoperiquistectomías.

Venas: Rechazadas por el crecimiento del quiste son englobadas en gran número en la formación de la adventicia, donde constituyen otro motivo de hemorragia si tratamos de separarla extensamente del hígado.

Las ramas intrahepática del sistema porta son desviadas comprimidas o trombosadas. Ahora se sabe que no hay anastomosis entre sectores diferentes, pero su instalación lenta y alrededor del quiste, con buena permeabilidad de las restantes áreas les separa del resto de las cirrosis. Por eso una hipertensión portal no ocurre, excepto en los quistes hiliares que actúan directamente sobre los troncos venosos o por otras circunstancias.

Con las ramas suprahepática sucede lo mismo, pudiendo originarse raramente un Síndrome de BUDD-CHIARI, (61).

Linfáticos: La reabsorción de líquido hidatídico vertido en pequeñas fisuraciones debe hacerse también por vía linfática y éste debe tener capacidad de irritación química, encontrándose adenopatías y esclerosis del hilio incluso en ausencia de infección.

Canalículos Biliares Intrahepáticos.- Comienzan por ser desplazados, después colapsados, generando éstasis y dilatación por encima de la compresión. Es también un proceso localizado dejando libre grandes zonas, no originando condiciones favorables para la ictericia obstructiva, existiendo ésta solamente en la forma poco frecuente hilar o, más frecuente, en la obstrucción de la vía principal por trozos de membranas.

La compresión de los canalículos biliares acaba por desvitalizar y destruir su pared. El canalículo queda englobado en la adventicia, cuya fibrosis mantendrá sin colapsar después de la rotura. Los conductos biliares formados por células cilíndricas no adosan sus paredes y si bien hemos visto son dislocados por el crecimiento parasitario, su luz no se obstruye de momento, antes bien se perfora en la cavidad adventicial. La membrana

germinativa inicialmente, según refiere IVANISEVICH se insinúa dentro de la luz del conductillo biliar. Sin embargo, este estado no puede durar mucho tiempo pues la germinativa se desgarrá y se evacúa dentro de la luz del conducto biliar o se infecta y se desintegra. Generalmente los quistes que originan esta complicación llevan cierto tiempo de evolución, quistes de contenido multivesicular, es decir con algún grado de sufrimiento y que en gran proporción están infectados o supurados, (62). En una fase precoz la bilis derramada infiltra la adventicia bajo la forma de una mancha verdosa y saliente (GOINARD) muchas veces visible en la operación. Después aparece una acumulación entre la adventicia y la membrana la cual es separada, acabando por establecerse una comunicación completa entre las dos luces y sus contenidos.

Los quistes profundos, próximos al hilio tienen pocas fístulas pero son de gran calibre, los menos profundos tienen fístulas más numerosas pero son de menor tamaño.

Diversos fenómenos resultan de este intercambio. La entrada del contenido quístico en el árbol biliar está muy lejos de ser inocua. El paso de vesículas, cuando la perforación está en un canal de gran calibre puede originar una ictericia obstructiva, pero en cualquier caso lo que predomina es el paso del líquido hidatídico cuyas características químicas son muy diferentes a la de la bilis. El músculo de ODDI, reacciona con un espasmo, originando aumento de presión en todo el árbol biliar, condición patogénica idéntica a la desencadenante de un cólico biliar de cualquier otra etiología. Por eso muchos pacientes de quistes hidatídicos tienen en sus antecedentes cólicos semejando a los de las litiasis.

Vías Biliares Extrahepática.- La compresión ejercida sobre el cístico y vesícula dificulta su vaciamiento. Si las bacterias pululan en esa bilis

estancada produce una colecistitis aguda. Una estásis biliar con infección menos violenta y bilis alterada por la presencia de pequeñas fugas de líquido hidatídico o por exudados inflamatorios, forman una triada que en esquema clásico aludía para explicar la litiasis tan frecuente en la Hidatidosis complicada.

ESTADIOS EVOLUTIVOS EN LA HIDATIDOSIS HEPATICA.

Antes de abordar los estadios evolutivos de la Hidatidosis hepática es conveniente recordar algunos aspectos de la nutrición parasitaria, ya que esta van a condicionar a aquellos estadios.

Es evidente que los elementos de nutrición del parásito solo le pueden llegar a través de la adventicia y del espacio periparasitario o adventicial. La alteración de ambos elementos va a repercutir en su biología.

El intercambio de sustancias tanto a nivel de la hidátide como a nivel del protoescolex ha sido bastante bien estudiado, habiéndose demostrado que son distintos para ambos elementos e incluso dentro de la hidátide la cuticular y la germinativa difieren también en sus propiedades de selectividad para el pasaje de diversos elementos. Así la cuticular, por ejemplo, es permeable a diversas macromoléculas, como inmunoglobulinas, y, sin embargo, éstas no pueden atravesar la membrana sincicial apical de la capa germinativa.

REISSIN y Col. han determinado los flujos unidireccionales para el agua, sodio, potasio, cloro así como para la glucosa. Centrándonos en los fenómenos de nutrición, numerosos y complejos mecanismos intervienen en el intercambio de sustancias entre el parásito y su medio ambiente circundante. Como expresábamos al comienzo, el mantenimiento y evolución del

parásito dependen precisamente de la integridad de estos intercambios de materias. Los sistemas transportes regulan el intercambio del organismo, pero a su vez , esos mecanismos son modificados por el parásito de acuerdo a sus necesidades y circunstancias, posibilitando su adaptación a las cambiantes condiciones del medio en el que debe desarrollarse. Profundizando en los mecanismos de transporte se podrá comprender mejor los mecanismos por los cuales el hospedador o la quimioterapia eventualmente puede destruir al parásito. Es en estos frentes donde la terapéutica no quirúrgica investiga profundamente para lograr una inmunoterapia o una quimioterapia definitivamente eficaz.

HIDATIDOSIS HEPATICA PRIMARIA

Unica o múltiple, es la más frecuente, estando constituida por un solo quiste. o por un número reducido de quistes. IVANISSEVICH Y RIVAS han descrito una forma múltiple primaria denominada Hidatidosis hepática múltiple maciza cuando en una zona del órgano se acumulan y conglomeran gran numero de quistes. Los mencionados autores justifican esta forma de Hidatidosis primaria como originadas por contagios masivos, (63).

A). FASES DE LA HIDATIDOSIS HEPATICA SIMPLE.

1.- Fase de Quiste Hialino.- Es la fase más o menos duradera de un quiste sano con muy escasa repercusiones locales y generales sobre el organismo. Durante este periodo de crecimiento relativamente fácil, y con una adventicia elástica y muy justamente adaptada a la hidátide, ésta se mantiene estéril, acefaloquística, por un tiempo, proporcional a las

dificultades que la hidátide encuentre en su crecimiento. En esta fase la hidátide perfectamente formada y normal puede tener menor función eferente antigénica por lo que además de ser asintomáticos pueden ser negativas las pruebas serológicas, . Pero, como hemos dicho en otro lugar, incluso con reacciones inmunitarias activas existe un mecanismo que permite la supervivencia de ambos socios e incluso permite la Hidatidosis secundaria.

2.- Fase de Sufrimiento.- Sin embargo, la presencia de un quiste hidatídico en el hígado en etapa de desarrollo vital va a producir cambios morfológicos y funcionales sobre la arquitectura hepática que ya hemos tratado y derivan del propio proceso expansivo de lenta y progresiva evolución que va a originar nuevas etapas evolutivas. Llega con la inexorable interferencia del factor adventicial en la nutrición de la hidátide (ya estudiado anteriormente), con la comunicación biliar y con la infección virulenta potenciada por el éstasis biliar. La penetración aérea en el espacio virtual adventicial, lo va a convertir en espacio real, (alejando la adventicia de la hidátide), y, también, la entrada y contaminación de dicho espacio por bilis y gérmenes infectantes va a producir por estos mecanismos alteraciones fisicoquímicas del espacio adventicial, modificaciones del Ph, disionias con aumento del K, alteraciones osmóticas y oncóticas que perturban rápidamente los mecanismos de transporte activo y pasivo de la hidátide, en una palabra de su nutrición. Por tanto ésta pierde rápidamente tensión, disminuyendo de tamaño y como consecuencia alejándose más de la adventicia y agravando más su nutrición. Simultáneamente se originan fisuraciones y exfoliaciones de las capas de la cuticular produciéndose, en estos momentos, el preludio de una ulterior rotura de la hidátide. En estos momentos también, las reacciones

inmunológicas comienzan a hacerse más notorias por la mayor salida de antígenos parasitarios. La adventicia comienza a engrosarse y, en las proximidades del parénquima aparecen focos de infiltrados celulares con tendencia a la fibrosis.

B). FASES DE HIDATIDOSIS HEPATICA COMPLICADA

1.- Fase de Rotura. Las dificultades nutricionales aumentan geométricamente conduciendo finalmente a la rotura de la hidátide con salida del líquido y arena hidatídica (elementos contaminantes) a la cavidad adventicial o a las vías biliares. A partir de este estadio, con un máximo de hostilidad para la supervivencia del parásito, puede perpetuarse la especie en forma de la aparición de nuevos quistes "in situ" o a distancia a partir de los escólex, de cápsulas prolíferas o incluso de trozos de membrana germinativa. Esta etapa puede ser ya de gran expresividad sintomatológica. En la clínica es bien conocida la reacción anafiláctica Tipo I que puede producirse tras esta rotura, probablemente debido a la sensibilización de la reargina al alérgeno del *E. Granulosus* y como resultante la liberación masiva de sustancias vasoactivas de las células cebadas. Es curioso que la Ig G puede bloquear esta reacción, inhibiendo la degranulación de los mastocitos, (58).

2.- Fase de Membrane Retenida. El parásito con sus membranas rotas ha muerto como individuo, pero no como elemento perpetuador de la especie ni como causa de importante patología sobre el paciente.

La membrana plegada en acordeón muere y se separa de la adventicia. Si ésto acontece de prisa adquiere el aspecto de caseum donde no se reconoce

su aspecto característico. Más aún, si la infección tiene un papel mucho más activo, apenas queda nada más que una cavidad abscesificada llena de pus; cuando se trata de bacterias productoras de gas, aparece un nivel líquido en el cual, ocasionalmente, se ven fluctuar membranas a manera de camalote descrito en la Hidatidosis pulmonar. En evoluciones muy lentas puede dominar el depósito de calcio llegándose, aún cuando raramente, a un nódulo pétreo macizo en bola de billar.

La cavidad adventicial puede ser origen de patología ulterior y por otra, la eventual siembra tras la rotura puede, en algún caso, lograr una Hidatidosis secundaria. La poco probable expulsión de la totalidad del material parasitario a través de una gran fístula biliar que podría ser favorecida por el mayor calibre de la comunicación biliar, no mejora la situación habitualmente sino que origina una patología grave coledociana además de seguir persistiendo una cavidad tal vez infectada y con muchas probabilidades de originar nuevas patologías.

3.- Fase de Multivesiculación en la Hidatidosis Hepática. En el quiste pulmonar la multivesiculación es rara, contrastando con la frecuencia en otras localizaciones como por ejemplo la hepática. Tal vez la mayor oposición al crecimiento que el hígado opone, víscera compacta, las características de la adventicia hepática, más gruesa que la pulmonar, el mayor tiempo de evolución por diagnóstico habitualmente tardío, así como el aire, la bilis y la infección, justificarían la mayor frecuencia de los quistes multivesiculares en la clínica. A este respecto, DEVE consideraba que ante una amenaza vital, el parásito reaccionaría originando la vesiculación endógena. DEMIRLEAU por su parte afirmaba que para que los escólex se transformen en vesículas hijas es necesario que la membrana se rompa. El

parásito muere como individuo pero salvaguarda la perpetuación de la especie.

4.- Fase Final Parasitaria de Degeneración, Aislamiento y Calcificación. Si el parásito es retenido muy largo tiempo, puede asistirse a una verdadera degeneración de las membranas, que llegan a hacerse irreconocibles, sustituida por una masa amorfa como masilla de vidriero. estos casos se puede producir paulatinamente una retracción de la cavidad adventicial que dará lugar a otra forma de expresión anatomoclínica de nódulo con una exuberante reacción fibroproductiva y esclerosante periférica y con la posibilidad muy frecuente de la calcificación antes mencionada, más frecuente, parcial o total de la adventicia y más raro en forma de bola de billar. Hemos de recordar que la calcificación de la adventicia no puede considerarse de ninguna manera el fin de la enfermedad, sino incluso puede aún dar complicaciones muy graves.

5.- Otras Complicaciones.

A). Rotura de la adventicia en su porción intraparenquimatosa.

a). Propagaciones locales y regionales. A parte de la reproducción local intradventicial, por vesiculación endógena o por salida de elementos fértiles por rotura de la hidátide, a parte de las reproducciones locales en pacientes intervenidos y aparte también de la ya mencionada propagación a las vías biliares lo que presupone la apertura de esta vía, bien intra o extrahepáticamente pero también de la adventicia), las pequeñas rotura de esta adventicia pueden dejar pasar elementos fértiles originando nuevos quistes fuera de ella con la producción de nuevas

cavidades quísticas en comunicación o no con la primitiva cavidad adventicial dando multiloculaciones, o no en el quiste primario

b). Propagaciones vasculares. Dan origen a las siembras hematógenas a través de perforaciones de la cava o de las suprahepáticas y que en alguna ocasión son comunicación minúscula y aislada que pueden producir una hidatidosis secundarias. Otras veces el material infectante pasa en mayor proporción dando origen a formas diseminadas en el territorio del circulo menor o, incluso, si llegan al circulo mayor originar metástasis en cualquier parte del organismo.

Por fisuras adventiciales en la vía portal se han descrito la producción de hidatidosis esplénica pese a que la diseminación es realizada contracorriente.

B. Rotura de la adventicia en su porción extraparenquimatosa.

a). Hacia el abdomen. Bién expulsando una hidátide integra que puede seguir desarrollándose en la cavidad peritoneal "Hidatidosis heterotópica", o lo que es más frecuente dando origen al desarrollo de una hidatidosis abdominal o pélvica por el paso de elementos infectantes, escólex, cápsulas prolíferas o trozos de germinativa.

b). Hacia el tórax. Tránsitos Hepatotorácicos. Tras un periodo de fusión y corrosión previa de diafragma y adventicia los elementos infectante pueden alcanzar el tórax a través de la comunicación así establecida, pudiéndolo hacer en la cavidad pleural, "tránsito hepatopleural" en el pulmón, "tránsito hepatoplumonar", en el bronquio, "tránsito hepatobrónquico" y en el saco pericárdico, "tránsito hepatopericárdico". Según el camino seguido o la combinación de la afectación pleural pulmonar y

bronquial dan lugar a una serie de formas anatomoclínicas muy bien sistematizadas por DANTE TOMALINO, (64), (65).

PRINCIPIOS BASICOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPATICA

Una técnica quirúrgica idónea sería aquella que diese solución satisfactoria a la enfermedad parasitaria y a cada una de las alteraciones morfofuncionales que hemos venido describiendo hasta aquí.

En principio, la cirugía sólo se marcó como objetivo la eliminación del parásito identificando la enfermedad con la parasitación y despreciando por tanto las alteraciones anatomopatológicas creadas por él y sus consecuencias. Por tanto, en su inicio la cirugía solamente se conformaría con la extracción de los elementos parasitarios, pero bien pronto tuvo la necesidad de preocuparse de la primera alteración anatomopatológica creada por el mismo, a saber la "cavidad residual", dándole soluciones elementales.

Así surgen las Quistostomías y las Marsupializaciones Abiertas o Cerradas en dos o en un tiempo.

La "Marsupialización Abierta" (Técnica de LINDEMAN-LANDAU) y que sutura los labios de la bolsa adventicial a la herida abdominal está en la actualidad prácticamente abandonada, sustituida por la marsupialización también abierta pero a través de tubo.

En la "Marsupialización Cerrada" (Técnica de POSADAS) la bolsa adventicial era cerrada y abandonada en la cavidad abdominal. Las complicaciones surgidas por esta técnica obligaron a introducir la

"marsupialización cerrada yuxtaparietal (Técnica de LLOVET-VARSI) suturando los labios de la bolsa a peritoneo parietal y despues cierre del saco, terminando cerrando por encima los planos músculo aponeuróticos. Así en caso de complicarse el saco adventicial fácilmente se podría drenar, (66).

Finalmente, otro procedimiento simple de tratar la cavidad residual fué el método propuesto por DELBET, haciendo desaparecer la misma mediante puntos de sutura intracavitarios. Este método conocido como "Capitonaje" en Francia, en Italia fué utilizado por NASSETI quién lo designó como endopericistorrafia. El relleno con epiplon de la cavidad residual ha sido, así mismo muy utilizado. (67)

Dada los graves inconvenientes de estas técnicas lentamente se han ido abandonando con indicaciones muy restringidas en la actualidad. Sin embargo en honor a la verdad, en algún caso su utilización

Figura: 1

MARSUPIALIZACION CLASICA
Técnica de LINDEMAN-LANDAU

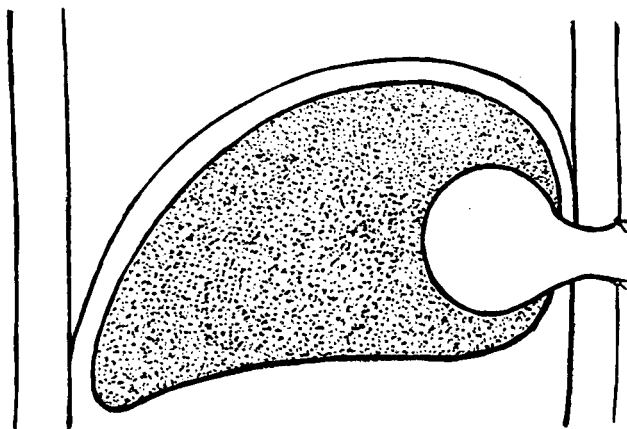


Figura: 2

MARSUPIALIZACION CON TUBO

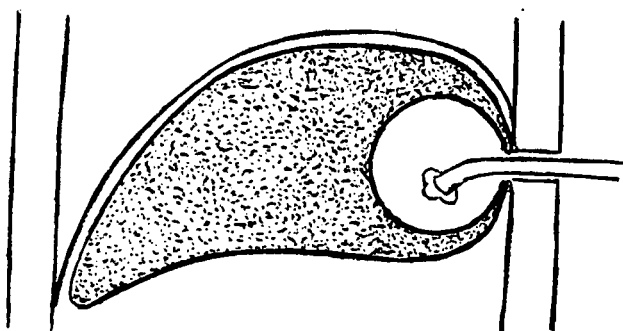


Figura: 3

MARSUPIALIZACION CERRADA YUXTAPARIETAL

Técnica de LLOVET-BARSI

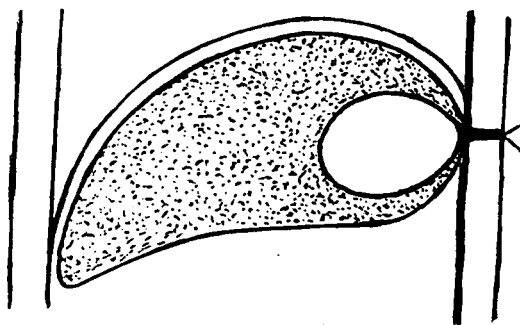
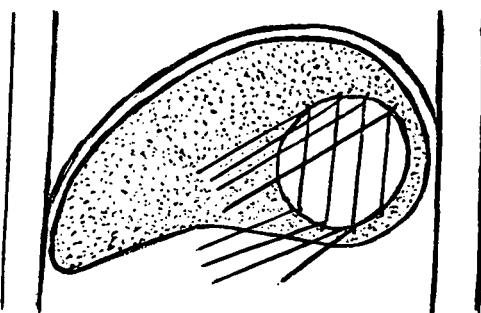


Figura: 4

CAPITONAJE

Técnica de Delbet



puede ser de resultados espectaculares, por lo menos como primer tiempo quirúrgico, salvando la vida de algún paciente.

Los magistrales trabajo de DEVE demostraron que si la semilla contenida en un quiste se derramaba, bien espontaneamente o bien, en el curso de las maniobras quirúrgicas, podía volver a nacer otro quiste. Para este autor existía un círculo menor o abreviado en la biología parasitaria mediante el cual de un quiste se podría originar otro sin pasar por la fase de tenia. Muchos años antes de DEVE el Argentino POSADAS en 1895 ya aconsejaba la extracción íntegra de la hidátide cualquiera que fuese el órgano parasitado. Esta técnica que tuvo muy favorable aplicación ulterior en los quistes pulmonares, no ha sido lo mismo en el hígado. Por una parte, la frecuente multiloculaciones de los quistes de hígado, por otra, la frecuencia con que ya están roto éstos cuando se operan y, por otra, la limitación de la apertura de la adventicia superficial por el propio hígado, poco extensible (por cuya reducida apertura no cabe la hídátide), hacen que en la Hidatidosis hepática solo en casos muy favorables se pueda aplicar.

A principios del siglo autores como POZZI Y MARCHAND, COTTE y varios más en Francia ;TADDEY en Italia; KOERTE en Alemania; KILVINTOM en Australia; COCHEZ en Argelia; NAPALKOFF en Rusia, etc llamaron ya la atención sobre la necesidad de extirpar también la adventicia. Años después hubo nuevamente una corriente favorable a esta intervención por parte de otros cirujanos como CONSTANTINI y DULIE en Grecia, YOVANOVICH en Yugoslavia, BARRET, GUEDJ, IVANISSEVICH y PEREZ FONTANA responsabilizan a la adventicia de perpetuar la persistencia de la cavidad residual y que incluso era causa de recidiva parasitaria local por quedar en ella frecuentemente elementos fértiles, (68)

De esta forma surgen las Periquistectomías (Quistoperiquistectomías) o Adventiciectomías totales, técnica de exéresis de importante radicalidad, especialmente si se realiza por el método cerrado de NAPALKOFF. Sin embargo, la gravedad de la intervención hizo que en muchos caso

Figura: 5
RESECCION DE CUPULA
Técnica de MABIT-LAGROT

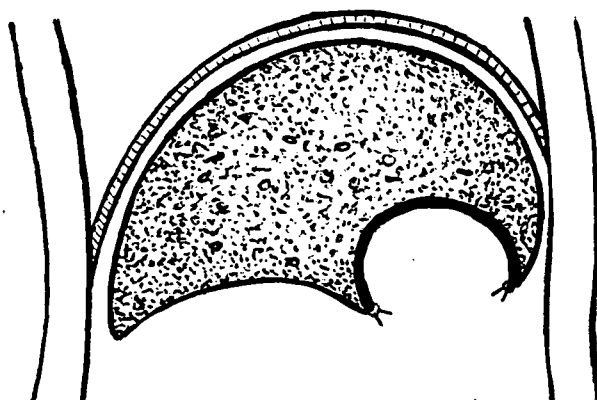


Figura: 6
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA

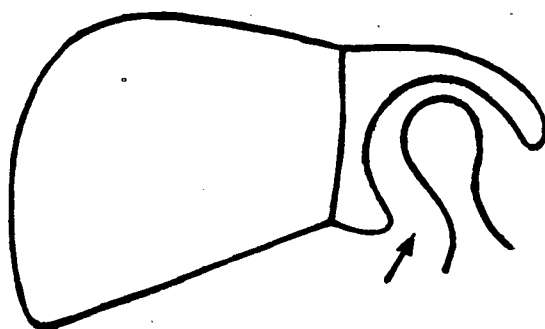


Figura: 7
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA
Técnica de NAPALKOF

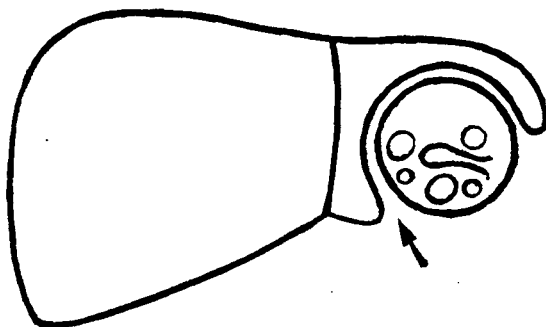
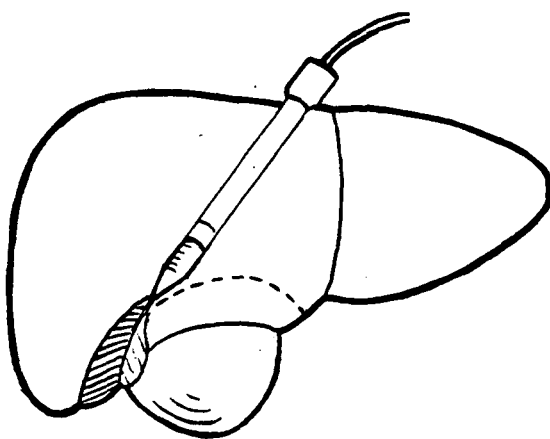


Figura: 8
QUISTORRESECCION



se realizara solo parcialmente, surgiendo así las Quistoperiquistectomías incompletas, amplias, subtotales... Una modalidad de Quistopericistectomía parcial es la Técnica de MABIT-LAGROT, (32) muy utilizada aún, ideada por el primer autor y divulgada por el segundo. En ella se reseca solamente la parte saliente de la adventicia sobre el hígado, llamándose Resección de cúpula del quiste o puesta a plano (a nuestro juicio denominación inadecuada). Se termina la intervención haciendo una sutura en corona

del hígado y de la adventicia no resecada, abandonando la cavidad residual en el abdomen.

Para paliar los graves inconvenientes de las marsupializaciones surge otra línea terapéutica de drenajes. Los drenajes externos mediante tubo de KEHR en el colédoco, como drenaje único o bien bipolar asociado al drenaje de la cavidad adventicial, pretenden el tratamiento de las grandes fístulas biliares y los postoperatorios muy prolongados.

Dentro de los drenajes internos, PEGULLO Y PELLISIER en 1959 introdujeron la "Quistoyeyonostomía" que tenía por objeto anastomosar el saco adventicial al intestino delgado. De esta manera se pretende evitar las grandes pérdidas de bilis para el organismo y la infección de la cavidad residual, (69).

En este mismo sentido han sido muy utilizado el drenaje interno a través de las actuaciones sobre el ODDI (papilotomía, esfinterotomía, esfinteroplastia, papilotomía endoscópica retrógrada..) que, igualmente, pretende conseguir un adecuado drenaje de la cavidad quística a través de las vías naturales. La papilotomía evitaría el éstasis biliar y crea un gradiente de presiones adecuado para facilitar su vaciamiento y regresión espontánea. Para algunos autores como LLAURADO, esta técnica estaría indicada aún en ausencia de cualquier obstáculo (papilitis, estenosis, cálculo, parásito). La papilotomía puede representar incluso un drenaje exclusivo de una cavidad residual de un quiste previamente extirpado cuando la comunicación biliar es amplia, (70).

CAUSA DE LOS FRACASOS TERAPEUTICOS

A pesar de todo, esta variedad de técnicas quirúrgicas, y como ya lo hemos dicho en varias ocasiones, son muchos los pacientes que no consiguen la curación, por lo menos con una sola intervención. Las reintervenciones quirúrgicas de estos pacientes son un problema tan importante, y tal vez poco valorado, que creemos conveniente pararnos, a pesar de que podamos parecer reiterativos, y revisar sus causas más frecuentes.

A). Recidiva de la Enfermedad Parasitaria

B). Patología de las Secuelas

- 1.- Inadecuado tratamiento de la adventicia.
- 2.- Inadecuado tratamiento de la cavidad residual.
- 3.- Inadecuado tratamiento de las lesiones biliovasculares.

A). Las características biológicas del parásito justifica su resistencia a la aniquilación total. El parásito incluso en las condiciones más adversas puede resurgir incluso muy tardiamente y, habitualmente, aunque muera como individuo tiende a perpetuar la especie con formas multivesiculadas. De hecho siguen existiendo recidivas parasitarias a veces muchos años después de ser operados.

De momento, en nuestras manos solamente tenemos como armas para combatir esta clase de recidivas.

1.- Tratamiento pre y post operatorio con los derivados benzoimidazólicos. El tratamiento deberá ser dirigido y vigilado por equipo especializado y con control inmunobiológico. (71), (72), (73), (74), (75), (76).

2.- Evitar en el acto operatorio las contaminaciones. Siendo las técnicas de elección las cerradas, y la extirpación total del parásito y su adventicia, siempre que sea posible, pero procurando que lo sea .

3.- Utilización de los quimioterápicos locales. No habiendo ninguno indiscutible, tal vez el más recomendable podría ser el agua oxigenada. (77)

B). Patología de las secuelas

1.- Inadecuado tratamiento de la adventicia.

La adventicia no es un elemento estático, sino un elemento evolutivo, fuente de numerosa patología independiente de la actividad parasitaria. Es un elemento negativo en la desaparición de la cavidad residual parasitaria manteniendo su perpetuación, y su egrosamiento e incluso calcificación hace intratable muchas veces dichas cavidades por procedimientos conservadores.

La persistencia de adventicia no garantiza al cien por cien la esterilización de la enfermedad parasitaria.

El saco adventicial, con capacidad evolutiva persistente, tiene una acción pluripotente sobre diversas estructuras que quedan incorporadas a su espesor o que las rodean . Es una etapa de retracción cicatricial que origina nuevas lesiones que progresan dinámicamente,

distorsionando la morfología hepática atrofiando los sectores más comprometidos e hipertrofiando los indemnes o menos afectados.

La adventicia, así mismo, dificulta el tratamiento adecuado de las lesiones biliares asociadas y su evolutividad mencionada hacia la esclerosis exuberante es un elemento muy perturbador y origen de patología biliar tardía.

2.- Inadecuado tratamiento de la cavidad residual.

La propia consistencia de la víscera hepática se opone al cierre de dichas cavidades, así como, ya hemos visto la propia adventicia. El abandono de estas cavidades puede ser fuente de patología aun muchos años después de la intervención, y por tanto lo ideal es obstinarse en hacerla desaparecer o reducirla al mínimo.

3.- Inadecuado tratamiento de las lesiones biliovasculares.

Tal vez el capítulo menos ponderado en las recidivas quirúrgicas de estos pacientes sean estas lesiones, especialmente las biliares a pesar de que ya CHIFFLET aseguraba hace años que la cirugía de la Hidatidosis hepática era fundamentalmente biliar, (78). Según PERDOMO, una abertura lateral de los conductos hepáticos en la adventicia es equivalente a una herida de esos conductos y su evolución previsible es hacia la estenosis parcial o completa. Los fenómenos evolutivos son constantes pero no trascienden al plano clínico siempre, cuando es unilobular, por la capacidad de compensación funcional de sectores hepáticos no comprometidos en el proceso. Una lesión del árbol biliar interno nunca va a repararse

fisiológicamente pudiendo en otros casos originar patología ulterior estenótica o de obstrucción total o incluso de fistulación a permanencia que a su vez va ser origen de graves colangitis supuradas y de repetición, dilatación y litiasis de los conductos biliares intrahepáticos, de abscesos de hígado, lesiones vasculares asociadas y en fin de cirrosis biliares. Estas estenosis resultan de la involución de la adventicia pero muy especialmente cuando existe abertura quistobiliar previa. El que tenga expresividad o no esta patología va a depender de la topografía de estas lesiones biliares y del número, siendo especialmente temibles las de la conjunción de ambos hepáticos. o las lesiones independiente de ambos hepáticos en el caso de Hidatidosis múltiples. En muchos de estos casos el paciente va a seguir un largo peregrinar a través de diversos reingresos hospitalarios, con distintos diagnósticos, a veces pasando por diversos quirófanos, muchas veces de urgencia y donde de momento nos vamos a limitar a salvarle la vida con una sencilla terapeutica de drenaje, pero que otras veces les va a conducir a la muerte. Dentro de estos casos fatales no olvidemos que hoy en día algunos podrían beneficiarse del Transplante Hepático, (79).

Es de gran interés el saber buscar estas estenosis ductales o totales con claras imágenes, llegando incluso a técnicas agresivas como la colangio intrahepática pasando por la colangigrafía transpapilar retrograda.

La reparación biliar originada espontaneamente por la adventicia es a través de un bloque exuberante fibroso estenosante y distopiante.

Por todo ello, hay que prestarle especial atención a las posibles lesiones biliares en la cirugía de la hidatidosis hepática comenzando por un estudio exhaustivo del arbol biliar. En los estudios

colangiográficos utilizar todas las vías posibles aclarando las zonas mudas intrahepática del colangiograma, no pasándolas por alto. Estas zonas mudas podrán ser los focos de patología futura.

Es conveniente clasificarla de la siguiente forma, (80):

1). Aberturas Periféricas. Que no suelen producir problemas relevantes.

2). Aberturas Segmentarias. Frecuentes, pero a veces pueden no tener tampoco repercusión funcional hepática, a menos que coexistan varias de estas a la vez.

3). Aberturas Centrales y su estenosis progresiva en la que hemos visto interviene la fibrosis periductal y las angulaciones por distorsión retráctil adventicial puede seguir fluyendo la bilis pero intermitentemente cuando alcance una presión adecuada. Algunas veces un proceso inflamatorio sobreañadido puede originar obstrucciones totales transitorias.

Cuando el material hidatídico se evacua por la vía biliar DEVE afirmaba que se necesitaba una abertura en gruesos conductos.

Para BOURGEON la mayor parte de los Q.H (70 %) están engastados profundamente en el parénquima. Estos quistes profundos, a menudo voluminosos desbordan de un lóbulo al otro y entran en contacto con pedículos importantes. El riesgo se incrementa en relación a su multiplicidad, (81), (82).

En cuanto a las fístulas biliares cutáneas postoperatorias y que persisten largo tiempo y que habitualmente terminan cerrando y en cuyo momento nos quedamos satisfecho, no debemos olvidar que pueden ser con frecuencia candidatos también a futuras recidivas quirúrgicas, por los motivos apuntados aunque lo hagan pasado mucho tiempo.

Para terminar quiero señalar que si deseamos una técnica que asegure el tratamiento quirúrgico adecuado de todas las vertientes patológicas señaladas de la hidatidosis hepática , no lo encuentro por lo menos desde el punto de vista teórico, nada más que por el camino de una mayor radicalidad muy especialmente en las reintervenciones, que justamente es cuando más dificultades técnicas pueden existir. El que en el momento actual estemos capacitados ya para llevarlo a cabo con moderados riesgos eso ya es otro problema.

LAS RESECCIONES HEPATICAS EN EL CONTEXTO TERAPEUTICO

Si la Quistoperiquistectomía fué ideada para corregir las limitaciones y secuelas de la simple quistostomía para la extracción del parásito las Resecciones Hepáticas surgen a su vez para corregir las limitaciones y peligros de la primera y en aquellos casos de lesiones concomitantes con el quiste que incluso llegan a invadir estructuras hepáticas más allá de las proximidades del primitivo quiste.

Las Resecciones Hepáticas se incluyen dentro de la Cirugía de Exéresis de la Hidatidosis como también se hace con las Quistoperiquistectomías Totales ya que estas en realidad serían Resecciones Atípicas a pesar que no extirpan más parénquima hepático que el reaccional y limitante convertido en adventicia.

La Quistoperiquistectomía es una espléndida técnica, especialmente la cerrada. Sin embargo en algunos casos puede tener tanto o más riesgos que las Hepatectomías. Estas la superan en que no dejan tejidos hepáticos patológicos, pueden resolver con mayor radicalidad problemas biliares y tienen mayor ventaja también en la puesta a plano que ellas comportan y en las Hidatidosis múltiples unilobulares. En este último caso

es una terapéutica ideal cuando los quistes que afectan a un lóbulo son muy numerosos, a veces es también la única solución de fístulas de gran calibre y muy indicada también cuando los grandes quistes con prolongaciones de tipo pseudodiverticular que profundizan en el parénquima y en donde la Quistoperiquistectomía Total no es adecuado su empleo. A veces las relaciones vasculares de la adventicia hacen más peligrosa esta última técnica que la misma Resección.

Es evidente que el gran riesgo de la Resecciones Hepáticas ha hecho que se utilice con muchas limitaciones. Sin embargo, es evidente que el concepto de riesgo es relativo y tampoco es estático y, de hecho, este riesgo está disminuyendo, aunque lentamente, al transcurrir el tiempo, (74).

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODO

PUNTUALIZACIONES SOBRE LA RECOGIDA DE MATERIAL

El material ha sido obtenido por "Encuesta Hospitalaria", y está constituido por una serie de pacientes portadores de Hidatidosis hepática operados en los diversos servicios hospitalarios españoles seleccionados.

La peculiaridad de esta encuesta es que ha sido realizada recogiendo los datos individual y personalmente, así como con nuestra presencia física en cada uno de dichos servicios . Este sistema es muy superior en objetividad a los que friamente recaban los datos solicitándolos por carta y hoja impresa adjunta. La calidad obtenida compensa el mayor esfuerzo a realizar. Por todo ello este tipo de estudio multicéntrico son pocas veces realizados.

Las Regiones Autonómicas a donde pertenecen estos hospitales han sido, fundamentalmente, aquellas donde tradicionalmente han sido consideradas como de alta incidencia hidatídica, (83), Aragón, Las dos Castillas y Extremadura, y alguna provincia de incidencia media como Sevilla. Esta manera de proceder garantiza mayor cantidad de material, tan necesario cuando se trata de indentificar la realización de una técnica de la que a priori sospechamos no existen muy numerosos casos. Las provincias visitadas han sido: Badajoz, Cáceres, Madrid, Zaragoza, Segovia, Guadalajara, Sevilla..

Dentro de estas Regiones y Provincias los hospitales han sido seleccionados al azar y la prospección se ha realizado en los Servicios de Cirugía General y Digestiva. Sin embargo, el azar ha sido condicionado por el mayor o menor grado de colaboración que los diversos hospitales nos han prestado, no habiendo tenido más remedio que renunciar en alguno de ellos. Analogamente, también hemos tenido que renunciar, ya a nivel de los Servicios, por la misma ausencia de colaboración o por la imposibilidad de llevar la investigación dada la imperfección de sus ficheros.

La identificación de estos pacientes se ha realizado de dos formas diferentes. Cuando los Servicios mantienen sus propios ficheros ha sido en estos donde se ha hecho la prospección. Cuando no ha sido así, se ha recurrido a los Servicios Centrales de Archivos. Sin embargo, como quiera que se ha comprobado la imperfección de los mismos, incluso de los informatizados, se optó consultar con los Libros de Quirófano y luego volver nuevamente al Archivo Central e intentar identificar las historias correspondientes. Evidentemente los libros de quirófanos son el lugar más fiable para la identificación del Nº. de casos de Hidatidosis hepática intervenidos. En los Archivos Centrales nunca se han encontrado el cien por

cien de las historias de estos pacientes, ni incluso el cincuenta por ciento en muchos casos.

Hay diversas formas de Libros de Quirófanos, que naturalmente se han tenido en cuenta. En algunos centros hay un solo libro para la totalidad de los quirófanos, incluidos los de Urgencias, en otros cada quirófano tiene su libro, y en otros hay libros para determinado bloque de Servicios.

De esta forma, identificado los pacientes, hemos confeccionado un listado de pacientes hidatídicos operados, correspondiente a los años 1984, 1985 y 1986, en donde se consigna las iniciales de los nombres y apellidos, el nº de historia, si ha sido posible, el diagnóstico y el tipo de intervención realizado. Los pacientes a los que se le ha podido encontrar su historia han sido marcados con asteriscos. Naturalmente cuando el Servicio prospeccionado tiene perfectamente organizado su fichero, el listado se ha confeccionado con sus datos, no habiendo sido necesario consultar con el Libro de Quirofano. En caso de duda este libro nos ha servido de control. Cuando se identifica una Resección Hepática, en el listado aparecerá con negritas.

Por razones obvias cada servicio encuestado es identificado por un número, permaneciendo dicho servicio en el anonimato.

La gran variedad de técnicas quirúrgicas existentes para el tratamiento de la Hidatidosis hepática y, muy especialmente, la no existencia de una nomenclatura común, nos ha dificultado grandemente el estudio llevado a cabo.

El primer importante escollo con que nos hemos encontrado es el doble significado con que se aplica la técnica designada como Quistectomía. Esta ambigüedad deriva de la propia ambigüedad del concepto de "Quiste

Hidatídico", ya que unos autores consideran y hacen sinónimo quiste con la "hidátide o estructura parasitaria", otros, por el contrario, consideran que el quiste es la conjunción de la "hidátide con su propia adventicia". Para los primeros, cuando designan la técnica empleada como Quistectomía están refiriéndose a la extracción o vaciamiento de parásito, y nada más. Los segundos bajo esta misma denominación designan, no solamente el vaciamiento del parásito sino también y simultáneamente la extracción de la adventicia, lo que sería designado por los primeros como Periquistectomía o Quistoperiquistectomía, (periquística sinónimo de adventicia).

Esta dualidad conceptual ha sido mantenida durante mucho tiempo. En 1985 y con motivo de XIII Congreso Internacional de Hidatidología fué motivo de una Ponencia con el objetivo de llegar a una fórmula de aceptación unánime del concepto de quiste hidatídico, (84). Sin embargo, no se consiguió este tan deseado objetivo.

Por todo ello, ha sido tenido muy en cuenta ésta y otras ambigüedades.. habiendo sido necesario consultar con los diversos Servicios e incluso dentro del mismo grupo consultar con los diversos cirujanos. Cuando existe protocolo operatorio, su lectura ha podido resolvernó las dudas existentes.

Dentro del listado las diversas técnicas encontradas se han codificado con el objetivo de facilitar su procesamiento. de esta forma se han aceptado los siguientes códigos:

(R) . Con este código designamos las Resecciones Hepática o Hepatectomías en sus diversas modalidades.

(HD) . Con este código designamos las Hepatéctomías o Lobectomías derechas, sin entrar, de momento a investigar sin han sido realizadas o no ortodoxamente, es decir siguiendo la Anatomía de COINAUD.

(HDR) Reglada, (HDA) Atípica, (HDN) No consta.

(HI) . Con este código designamos las Hepatectomías o Lobectomías Izquierdas.

(HIR) Reglada, (HDA) Atípica, (HDN) No consta.

(S) . Con este código designamos las Segmentéctomías sin especificar el segmento extirpado ni ningún otro dato, por no haber encontrado información suficiente sobre este particular.

(Q) . Con este código designamos las Quistorresecciones.

(QPT). Con este código designamos las Quistoperiquistectomías Totales

(QPTA) Abiertas, (QPTC) Cerradas, (QPTN) No consta.

(QPI). Con este código designamos las Quistoperiquistectomías Incompletas, es decir todas aquellas técnicas en la que permanece en el paciente alguna porción de adventicia por pequeña que sea (Parcial, MABBTT-LAGROT, Subtotal, Amplia, Casi Total,...). Si encontramos el término Quistoperiquistectomía sin especificar si es parcial o total, aceptaremos el situarlas en las Quistoperiquistectomías Incompletas. Esta conducta es necesaria a pesar de que algún caso pudiera ser excesivamente restrictiva.

(M) . Con este código no solamente la Marsupialización Clásica y sus diversas modalidades sino todas aquellas técnicas conservadoras que dejan intacta la adventicia (periquística) y que no tengan codificación propia.

(CY) . Con esta técnica designamos la Cistoyeyunostomía y otras técnicas de Derivación Interna.

(C) . Con esta técnica designamos el Capitonaje.

(E) . Con esta técnica designamos las Epipoplastias y Mioplastias.

(DVBE). Con esta técnica designamos las coledocotomías con Drenaje Biliar Externo mediante Tubo de Kehr.

(O) . Con esta técnica designamos la actuaciones sobre el Esfinter de Oddi (esfinterotomías, esfinteroplastias...).

(VBI). Con esta técnica designamos las actuaciones directas sobre las fístulas biliares halladas en el interior de los quistes.

(CO). Con estas técnicas designamos las veces que la intervención quirúrgica por Hidatidosis precisó la necesidad de extirpación de la vesícula biliar.

SERVICIOS QUIRURGICOS ENCUESTADOS

Los servicios encuestados han sido:

1.- Servicio de Cirugía General. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Badajoz. Prf. F.Téllez de Peralta.

2.- Servicio de Cirugía Infantil. Residencia Sanitaria de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro , Badajoz. Prf. J.M. Blesa.

3.- Servicio de Cirugía General. Hospital Provincial S.Sebastian. Badajoz. Prf. A. Albarran Olea.

4.- Servicio de Cirugía General I. Hospital Provincial de Madrid.
Prf. J. Muñiz

5.- Servicio de Cirugía General II. Hospital Provincial de Madrid.
Prf. A. Camacho.

6.- Servicio de Cirugía General III. Hospital Provincial de Madrid.
Prf. J. L. Barros Malvar.

7.- Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Provincial de Madrid.
Prf. L. Martín Sanz.

8.- Servicio de Cirugía Digestiva. Residencia 1º de Octubre. Madrid.
Prf. E. Moreno Gonzalez.

9.- Servicio de Cirugía General y de Urgencia. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid. Prf. S. Fernandez de Lis.

10.- Servicio de Cirugía General y de Urgencia. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid. Prf. L. García Sancho.

11.- Servicio de Cirugía General y de Urgencia. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid. Prf. A. Granado de la Fuente.

12.- Servicio de Cirugía General y de Urgencia. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid. Prf. Barreiro Alvarez.

13.- Servicio de Cirugía. Clínica Infantil. Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid. Prf. D. Gonzalez Utrilla.

14.- Servicio de Cirugía General y de Urgencia. Ciudad Sanitaria La Paz Madrid. Prf. E. Soletto Sáez.

15.- Servicio de Cirugía General. Residencia 1º de Octubre. Madrid
Prf. F. de la Cruz Caro.

16.- Servicio de Cirugía Infantil. Residencia 1º de Octubre. Madrid.
Prf. F. J. Berchi.

17.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Princesa.

Madrid. Prf. Martinez Piñeiro.

18.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Princesa. Madrid. Prf. M. Zafora.

19.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Centro Ramón y Cajal. Madrid. Prf. A. Die Goyanes.

20.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Centro Ramón y Cajal. Madrid. Prf. V. Fresneda.

21.- Servicio de Cirugía General. Hospital de la Marina. Madrid. Prf. Crespo Gutierrez.

22.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. Prof. Inchausti.

23.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. Prf. Ramos.

24.- Servicio Cirugía Digestiva. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. Prf. Rojo.

25.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Residencia de la Seguridad Social. Segovia. Prf. A. Gonzalez Fuster.

26.- Servicio de Cirugía General y Digestiva. Residencia de la Seguridad Social. Guadalajara. Prf. A. Hernando Palafox.

27.- Servicio de Cirugía General y Digestiva I. Hospital Clínico Universitario. Sevilla. Prf. García Díaz.

28.- Servicio de Cirugía General y Digestiva II. Hospital Clínico Universitario. Sevilla. Prof. L. Tejedor Tejedor.

29.- Servicio de Cirugía General y Digestiva III. Hospital Clínico Universitario. Sevilla. Prf. Cantillana Martínez.

30.- Servicio de Cirugía general y Digestiva IV. Hospital Clínico Universitario. Sevilla. Prf. M. Hernandez Peña.

31.- Servicio de Cirugía General y Digestiva I. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rocío. Sevilla. Prf. T. Charlo Dupont.

32.- Servicio de Cirugía General y Digestiva II. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rocío. Sevilla. Prf. Barrera Gordón.

33.- Servicio de Cirugía General y Digestiva III. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rocío. Sevilla. Prf. F. Relimpio.

34.- Servicio de Cirugía General y Digestiva IV. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rocío. Sevilla. J. García Rodríguez.

35.- Servicio de Cirugía General y Digestiva V. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rocío. Sevilla. Prf. Torres Rodríguez.

36.- Servicio de Cirugía General y Digestiva VI. Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Rocío. Sevilla. Prf. Gallardo Velasco.

37.- Cátedra de Cirugía B. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Prf. M. Gonzalez y Gonzalez.

38.- Cátedra de Cirugía A. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Prf. R. Lozano Mantecón.

39.- Servicio de Cirugía Infantil Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Prf. J. Alba Losada.

40.- Servicio de Cirugía General y Digestiva D. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Prf. J. Vázquez Arnedo.

41.- Servicio de Cirugía General y Digestiva A. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Prf. V. Ferreira Montero

METODOLOGIA

Con los datos recogidos según se ha expuesto anteriormente, y una vez codificados, se sigue la siguiente metodología.

Una vez realizado el listado de cada Servicio, y con sus datos, se cumplimenta una ficha confeccionada adecuadamente (pág.67) y que recoge los datos correspondientes al Trienio 1984-1986 . Otras similares recogerán análogamente los datos investigados de cada uno de los años 1984, 1985 y 1986, y de cada uno de los Servicios encuestados (en algún caso se ha realizado el estudio hospitalario incluyendo todos sus Servicios de Cirugía General en el mismo listado). (pág.68).

Primera Parte, Resultados Encuesta General.

Otra ficha (Pág.69) similar a las anteriores, resumen del procesamiento de las anteriores, nos va a proporcionar el numero total de pacientes intervenidos de Hidatidosis Hepática en el trienio en estudio, en la totalidad de Servicios Encuestados y el numero de cada una de las técnicas quirúrgicas empleadas, destacando muy especialmente las técnicas de Resección Hepáticas detectadas y por tanto también la valoración y la predilección por estas, dentro del contexto general de la totalidad de las técnicas aplicadas así como una serie de datos generales como puede apreciarse en dichas fichas.

Finalmente, con otra ficha, (Pág.70) aplicada independientemente a los años 1984, 1985 y 1986, obtenemos los datos correspondientes a la totalidad de las intervecciones practicadas y sus modalidades durante cada ejercicio anual, en cada uno de los servicios prospeccionados, posibilitándonos apreciar numéricamente la tendencia al aumento, disminución o estancamiento en la aplicación de las Resecciones Hepáticas y sus diversas modalidades (Hepatéctomías o Lobectomías Derechas o Izquierdas, Segmentéctomías y Quistorresecciones), pero también el mismo fenómeno en las

SERVICIO ENCUESTADO Nº:

TRENIÓ: 1984-1986

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS:

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA:

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº:

AÑO:

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS:

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA:

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D (HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta (HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I (HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta (HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta (QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

TRIENIO 1984-1986

TOTALIDAD DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS Y SUS
DIVERSAS MODALIDADES TECNICAS DURANTE EL TRIENIO EN LA
TOTALIDAD DE LOS HOSPITALES ENCUESTADOS

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS:

NUMERO DE PACIENTES CON HISTORIA:

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-. Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-. Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

-. Segmentectomías (S):

-. Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :
Cerrada (QPTC):
No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO :

NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES PRACTICADAS DURANTE ESTE AÑO
Y SUS DIVERSAS MODALIDADES TECNICAS REALIZADAS EN LA
TOTALIDAD DE LOS HOSPITALES ENCUESTADOS

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS:

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA:

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

-.Segnentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :
Cerrada (QPTC):
No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZAGIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

restantes Técnicas . Es decir en una primera parte *con el estudio de la encuesta general ya tendremos una visión del grado de radicalidad practicada en las intervenciones por Hidatidosis en España sin más que observar el porcentaje de utilización de las diversas técnicas.*

Segunda Parte. Estudio Individualizado de las Resecciones

Identificados los pacientes a los que se le ha realizado alguna modalidad técnica de Resección Hepática (Hepatéctomía o Lobectomía, Segmentectomía y Quistorresección), se separarán para su estudio pormenorizado aquellos de los que se han podido conseguir sus historias o, al menos, el informe de salida de dichos pacientes bien en los propios Servicios donde el paciente ha sido intervenido o bien en los Archivos Centrales.

Con las historias y para uniformar su contenido y procesamiento se cumplimenta otra ficha protocolizadas y confeccionada a tal fin (Pág.72).

De esta forma podemos conocer los datos de mayor interés relacionados con nuestra técnica estudiada tales como el diagnóstico que dio origen a la Resección, la edad y el sexo de estos pacientes, antecedentes quirúrgicos de los mismos, la morbilidadmortalidad postoperatoria , la Estancia Hospitalaria y muy especialmente la Estancia Hospitalaria Postoperatoria, así como la totalidad de datos incluidos en dicha ficha referentes a las característica de la Hidatidosis objeto de Resección.

Tercera Parte. Estudio Comparativo con Las Quistoperiquistéctomías Totales.

Finalmente, se completa el estudio con uno comparativo entre las Resecciones Hepáticas y otra técnica, la más próxima en radicalidad, la

ENCUESTA RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº:

AÑO:

Ingresó:

Alta:

DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL:

EDAD:

SEXO:

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS

INTERVENCION. FECHA:

DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA:

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico.

Múltiple.

Unilobular. Multilobular.

Univesicular.

Multivesiculado.

Multiloculado.

Calcificado.

Mastic.

Abierto Via Biliar.

Supurado.

Cirrosis.

Litiasis.

Obstrucción Colédoco.

Otras Complicaciones.

Otras Localizaciones.

Otra Patología Asociada.

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE:

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía

Coledocotomía

Drenaje Kehr

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica:

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION:

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

Quistoperiquistectomía Total (que también es una técnica de exéresis total), bastante generalizada ya.

Para este fin comenzamos seleccionando también un número de pacientes intervenidos con esta segunda técnica igual al de los sometidos a Resección y que además tengan también historia clínica. De esta forma podemos cumplimentar otras fichas adecuadas, cuyo modelo exponemos a continuación que procesadas debidamente nos proporcionarán los datos buscados para establecer las comparaciones oportunas.

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 37

AÑO: 1985

Ingresó: 11-XI-85. Alta: 23-XII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 42

EDAD: 64

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 28-XI-85 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 25

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (10)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural. Neumonía

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

CAPITULO V

ENCUESTA GENERAL. LISTADO

En este capítulo incluimos el "listado general", con los datos correspondientes a los pacientes hidátidicos operados, de cada uno de los 41 Servicios Quirúrgicos encuestados. Como ya hemos señalado en otro lugar, cada Servicio Hospitalario es identificado con un número permaneciendo él mismo en el anonimato. Al final del listado de cada Servicio, figurarán cuatro fichas resúmenes del Trienio 1984-1986 y de cada uno de los años 1984, 1985 y 1986.

SERVICIO ENCUESTADO Nº. 1

1984

- * 1.- MJ.R.C.H Nº. 145.331. Q.H.H. Múltivesicular L.D.
MARSUPIALIZACION (M)
- * 2.- M.C.S. H Nº. 33.354. Q.H.H. 1 interlobar y 1.L.I. abscesificado
MARSUPIALIZACION 2(M) + COLECISTECTOMIA (CO).
- * 3.- A.M.O. H Nº. 181.044. Q.H.H. Múltiples 3.Q
MARSUPIALIZACION 3(M).
- * 4.- EV.D.H H Nº. 103.938. Q.H.H. 3L.D, 1 interno multivesicular infectado
QUISTOPERQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+
MARSUPIALIZACION 3(M)
- * 5.- IM.S.C H Nº. 181.292. Q.H.H. 1 placa hiliar, 4 L.D.
MARSUPIALIZACION 5 (M). COMUNICANDOLOS PREVIAMENTE
- * 6.- C.A.C. V Nº. 170.853. Q.H.H. Univesicular L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 7.- S.F.R. V Nº. 150.483. Q.H.H. Cavidad residual.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 8.- A.G.P. V Nº. 181.105. Q.H.H. Calcificacion parcial.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 9.- M.G.P. V Nº. 173.306. Q.H.H. 2L.D. Q.H. Pared abdominal
MARSUPIALIZACION 2(M)+EXTIRPACION QUISTE PARED.
- * 10.- A.A.C. H Nº. 181.737. Q.H.H. multivesicular. 3Q.H.H+1Q.H. Pertoneal
MARSUPIALIZACION 3(M).
- * 11.- A.A.C. H Nº. 181.737. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 12.- R.F.C. H Nº. 177.965. Q.H.H. Gigante multivesicular y multilocular
QUISTOPERQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI).
- * 13.- R.F.C. H Nº. 177.965. Cavidad Residual hidatídica.
QUISTOYEYUNOSTOMIA (CY).
- * 14.- M.R.L..H Nº. 179.607. Q.H.H. multivesicular
QUISTOPERQUISTECTOMIA PARCIAL (PQI).
- * 15.- J.T.C. V Nº. . Q.H.H. L.D.
QUISTOPERQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
- * 16.- P.C.B. H Nº. 182.527. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 17.- R.M.F. V Nº. 108.585. Q.H.H. L.D. + colelitiasis
MARSUPIALIZACION (M) + COLECISTECTOMIA (CO)
- * 18.- L.C.G. V Nº. 183.949. Q.H.H. 3 L.I+ 1 L.D calcificado
QUISTOPERQUISTECTOMIA PARCIAL 3 (QPI)+
QUISTOPERQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 19.- A.B.B. H Nº. 184.493. Q.H.H. 2 L.D. Y 2L.I. Colelitiasis
MARSUPIALIZACION 4(M) + COLECISTECTOMIA (CO).
- * 20.- M.B.A. H Nº. 72.593. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
- * 21.- P.C.C..H Nº. 163.725. Q.H.H. + colelitiasis
QUISTOPERQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC) +
COLECISTECTOMIA (CO).

- *22.- MD.G.R.H Nº. 185.712. Q.H.H.+ Q.H. epiplón MARSUPIALIZACION (M) +
EXTIRPACION DEL PERITONEAL.*23.- M.A.F. V Nº. 185.235. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *24.- R.I.B. V Nº. 156.849. Q.H.H. 1L.I. + 3L.D.+1Lecho vesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 4 (QPTN)
+ COLECISTECTOMIA (CO)
- *25.- R.R.B. V Nº. 169.993. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *26.- JM.G.M.V Nº. 157.299. Q.H.H. 2 L.D.
MARSUPIALIZACION 2 (M).
- *27.- D.P.F. H Nº. 80.802. Q.H.H. 2L.D.calcificados
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN) +EPIPLOPLASTIA (E)
- *28.- D.G.J. H Nº. 29.829. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)
- *29.- P.L.R. H Nº. 186.139. .H.H. 2L.D.multivesicular
HEPATECTOMIA I + COLECISTECTOMIA (CO)+ KEHR (DVBE)
- *30.- J.B.P. H Nº. 47.058. Q.H.H. 1L.I. 2L.D.+ 3 peritoneales
MARSUPIALIZACION 3(M)+ EXTIRPACION PERITONEALES
- *31.- P.H.G. V Nº. 37.322. Q.H.H. 1L.D.+1Reborde hepático
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL(QPTN)+
VACIAMIENTO Y MARSUPIALIZACION(M)
- *32.- J.N.F. V. Nº. 157.388. Q.H.H. 1L.D y 4 peritoneal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA ABIERTA PARCIAL(QPI)+4extirpacion
- *33.- V.O.G. V. Nº. 56.057. Q.H.H. 1L.D+1lobulo cuadrado.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+MARSUPIALIZACION (M)
- *34.- R.G.P. V. Nº. 53.960. Q.H.H 1L.D.,lepiplón
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC) +
EXTIRPACION+COLECISTECTOMIA (CO).
- *35.- N.V.P. H. Nº. 127.688. Q.H.H. L.I. y pulmonar
VACIAMIENTO Y MARSUPIALIZACION (M)
- *36.- T.G.D. H. Nº. 16.578. Q.H.H. L.D. y pulmonar
VACIAMIENTO (M).+ EXTIRPACION PULMONAR
- *37.- ML.E.M.H. Nº. 86.642. Q.H.H. L.D. gigante
VACIAMINETO Y MARSUPIALIZACION (M)
- *38.- A.A.M. H. Nº. 32.662. Q.H.H. L.D. gigante multiv.
VACIAMIENTO Y MARSUPIALIZACION (M)
- *39.- J.L.P. H. Nº. 174.086. Tránsito hepatotorácico hidatídico.
VACIAMIENTO MARSUPIALIZACION (M)+DESCONEXION.

1985

- * 1.- E.R.B. V Nº. 106.971. Q.H.H. L.D.
VACIAMIENTO + MARSUPIALIZACION (M)
- * 2.- B.J.S. H Nº. 188.334. Q.H.H. L.I.gigante+1L.D.calcificado
EVACUACION + MARSUPIALIZACION (M)
- * 3.- J.L.G. H Nº. 30.358. Q.H.H. abierto hepático derecho
MARSUPIALIZACION (M)+COLEDOCYBYONOSTOMIA (CY)
- * 4.- I.B.G. H Nº. 105.842. Q.H.H. L.D.

- MARSUPIALIZACION (M)
- * 5.- J.E.M. H Nº. 175.677. Q.H.H. 2L.D + 1L.I
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)* 6.- A.G.G. H
Nº. 45.047. Q.H.H. L.D.
VACIAMIENTO + MARSUPIALIZACION (M)
- * 7.- A.A.C. V Nº. 172.769. Q.H.H. L.D.infectado+siembra epiploica
MARSUPIALIZACION (M) + EXTIRPACION.
- * 8.- L.R.C. H Nº. 189.732. Q.H.H. L.D.multivesicular
EVACUACION + MARSUPIALIZACION (M) +
HEPATICOEYUNOSTOMIA (CY)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 9.- C.F.C. H Nº. 190.526. Q.H.H. L.I
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)
COLECISTECTOMIA (CO) + ESFINTEROPLATIA (O)
- *10.- L.M.R. H Nº. 190.090. Q.H.H. 2L.D
MARSUPIALIZACION 2 (M)
- *11.- M.M.M. H Nº. 37.458. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *12.- D.B.G. V Nº. 190.519. Q.H.H. L.D.
EVACUACION (M)+EPIPOPLASTIA(E) + CIERRE FISTULA(VBI)
- *13.- M.C.L. H Nº. 62.430. Q.H.H. 1L.D. + 1L.L.Cuadrado+
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
MARSUPIALIZACION (M).
- *14.- I.J.S. H Nº. 190.060. Q.H.H. 1L.D.+ 1L.I.
MARSUPIALIZACION 2(M).
- *15.- C.E.B. H Nº. 91.014. Q.H.H. 1L.I.multiv.1 cutaneo.1ovárico
MARSUPIALIZACION (M) + EXRTIRPACION RESTANTES
- *16.- C.F.P. H Nº. 332.844. Q.H.H. 2l.d.
MARSUPIALIZACION 2(M)
- *17.- E.H.M. H Nº. 160.433. Q.H.H. L.D.+ Colecistitis
PUNCION EVACUACION + MARSUPIALIZACION (M).
- *18.- MT.P.R.H Nº. 172.896. Q.H.H. 2L.D.
PUNCION EVACUACION MARSUPIALIZACION 2(M)
- *19.- C.M.P. V Nº. 166.261. Q.H.H. 1L.I,gigante 2 epiplon
EVACUACION+MARSUPIALIZACION (M)+2EXTIRPACION
- *20.- A.L.B. H Nº. 192.784. Q.H.H. 1L.I.+1L.D.
COLECISTECTOMIA (CO)+HEPATICOEYUNOSTOMIA(CY)
EVACUACION(M) + CAPITONAJE (C)
- *21.- A.P.M. H Nº. 131.013. Q.H.H. L.D
MARSUPIALIZACION (M)
- *22.- A.N.G. V Nº. 105.474. Q.H.H. 2L.D.calcificados
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 2 (QPTN)
- *23.- A.J.C. H Nº. 187.968. Q.H.H. L.D.calcificado multiv.
MARSUPIALIZACION (M)
- *24.- A.V.G..H. Nº. 194. Q.H.H. L.D. multiv.recidivado
MARSUPIALIZACION (M).

AÑO 1986

- * 1.- A.C.S. V Nº. 194.637. Q.H.H. L.D.multiv.gigante
MARSUPIALIZACION (M)

- * 2.- J.S.P. V Nº. 194.744. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).*
- * 3.- C.E.B. H Nº. 91.014. Q.H.H. + 1 Mesogastrio
LIMPIEZA + MARSUPIALIZACION (M)+EXTIRPACION
- * 4.- N.C.G. V Nº. 195.118. Q.H.H. L.D + multilobulado
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI).
- * 5.- M.G.L. H Nº. 195.529. Q.H.H. L.D.
VACIAMIENTO MARSUPIALIZACION (M).
- * 7.- R.G.S. V Nº. 195.619. Q.H.H. 1L.D.infecta.+1Hileo+2Perivesi.
MARSUPIALIUZACION (M)+ 3 EXTIRPACION
- * 8.- R.V.S. V Nº. 46.223. Q.H.H. L.I. multiv.
HEPATECTOMIA I (HIN)+ VACIAMIENTO Y EPIPOPLASTIA(E)
- * 9.- C.G.A. H Nº. 195.865. Q.H.H. L.D
MARSUPIALIZACION (M).
- *10.-MF.L.D.H Nº. 195.645. Q.H.H. y Pleural
MARSUPIALIUZACION (M)+DECORTICACION PULMONAR
- *11.- T.N.G. V Nº. 129.505. Q.H.H. L.D.gigante + Q.subcutaneo
MARSUPIALIUZACION (M)+DRENAJE DEL SUBCUTANEO
- *12.- D.G.G. H Nº. 196.141. Q.H.H. L.D.+ Colelitiasis
MARSUPIALIUZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *13.- MF.R.N.H Nº. 169.553. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIUZACION (M)
- *14.- J.M.J. V Nº. 196.113. Q.H.H. 1L.D+1LI
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+MARSUPIALIUZACION (M)
- *15.- J.R.M. H Nº. 185.195. Q.H.H.Cara inferior H.+colecistitis
MARSUPIALIUZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *16.- R.T.S. H Nº. 62.085. Q.H.H. 4L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 3 (QPTN)
MARSUPIALIUZACION (M).
- *17.- F.V.D. H Nº. . Q.H.H. precava
MARSUPIALIUZACION (M).
- *18.- L.R.R. H Nº. 198.275. Q.H.H. 3L.D
MARSUPIALIUZACION 3 (M).
- *19.- A.E.D. V Nº. 176.273. Q.H.H. L.I.
MARSUPIALIUZACION (M).
- *20.- J.M.S. V Nº. 205.093. Q.H.H. 2L.I.
MARSUPIALIUZACION 2 (M).
- *21.- J.F.G. V Nº. 166.459. Q.H.H. 2L.D
MARSUPIALIUZACION 2(M).
- *22.- M.M.S. H Nº. 160.284. Q.H.H. L.D. gigante
QUISTORRESECCION (QR) + COLECISTECTOMIA (CO)
- *23.- E.Z.V. V Nº. 211.9621. Q.H.H. 1L.D.+1peritoneal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+
COLECISTECTOMIA (CO)+EXTIRPACION.
- *24.- M.M.F. H Nº. 185.686. Q.H.H.
MARSUPIALIUZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº. 1

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 87

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 87

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 2
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 2

- .Segmentectomías (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 23

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 3
- No consta(QPTN): 19

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 10

QUISTOYEYUNOSTOMIAS (CY): 4

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 92

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 2

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS(E): 2

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 17

AÑO 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº. 1

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 39

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 39

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 1

- .Segmentectomías (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 13

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 2
- No consta(QPTN): 10

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 6

QUISTOYEYUNOSTOMIAS (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 46

TECNICAS COMPLEMENTARIAS .

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS(E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 8

AÑO 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº. 1

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 24

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 24

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 4

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS (CY): 3

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 24

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 2

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS(E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº. 1

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 24

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 24

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 6

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 6

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 22

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS(E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 5

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 2

1984

- 1.- Nº..Q.H.H. + 2L.D. + 2Q.H.P.
MARSUPIALIZACION 2(M)+ TRATAMIENTO PULMONARES
 - 2.- Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 3.- Nº..Q.H.H. 1L.D. + 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)
 - 4.- Nº..Q.H.H. 2L.D. + 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
 - 5.- Nº..Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
-

1985

- 1.- Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 2.- Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - 3.- Nº..Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 4.- Nº..Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 5.- Nº..Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 6.- Nº..Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)
 - 7.- Nº..Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1986

- 1.- Nº..Q.H.H. 2L.D. + 1L.I
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
 - 2.- Nº..Q.H.H. L.D. infectado
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 3.- Nº..Q.H.H. 2L.D + 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
 - 4.- Nº..Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 5.- Nº..Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 2

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 17

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 25

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 2

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 2

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 7

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

- Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

- Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

- Segmentectomías (S): 0

- Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 2

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 3

1984

1985

1986

- * 1.- I.G.V. H Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 2.- T.G.S. H Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTORRESECCION DERECHA (QR).
 - * 3.- LM.H.G.V Nº..Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 4.- MC.R.V.H Nº..Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 5.- L.T.P. V Nº..Q.H.H. L.D. multiv.+ 3 peritoneales
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+3 EXTIRPACION
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 3

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE STOS PACIENTES CON HISTORIA: 5

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

-. Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-. Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-. Segmentectomías (S):

-. Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 3

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 5

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIOS ENCUESTADOS: 4-5-6.

1984

- 1.- A.G.C. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 2.- F.P.G. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 3.- C.L.A. H Nº. .Q.H.H. infectado
MARSUPIALIZACION (M)
- * 4.- A.H.J. H Nº. .Q.H.H. L.I. múltiples abdominales
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+CIERRE FISTULA (VBI)
EXTIRPACION PERITONEALES.+ COLECISTECTOMIA(CO)
- 5.- AM.R.E.H Nº. .Q.H.H. L.I.
HEPATECTOMIA I.+ DERIVACION BILIAR (CY).
- 6.- E.A.G. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 7.- E.G.J. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)+ COLECISTECTOMIA(CO)
- * 8.- M.G.M. H Nº. .Q.H.H. L.D. multivesicular infectado
EVACUACION 2(M) + EPIPOPLASTIA 2(E).
- 9.- T.F.A. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 10.- JM..C. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 11.- M.M.M. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 12.- M.M.M. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 13.- B.A.D. V Nº. .Q.H.H. L.D y L.I
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI) + QUISTECTOMIA (M)
- 14.- JM. G. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 15.- A.S.E. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M) + COLECISTECTOMIA(CO)
- 16.- V.H.A. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 17.- J.A.V. H Nº. .Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
- 18.- JM.S. V Nº. .Q.H.H.
EXTRACCION DEL QUISTE (M) + COLECISTECTOMIA(CO)
- 19.- I.G.I. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 20.- L.P.L. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 21.- FP.A.T.V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 22.- A.G.S. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)

- 23.- M.V.D. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 24.- R.G.L. V Nº. .Q.H.H. múltiple
PUESTA A PLANO 3(QPI)
- *25.- R.C.A. V Nº. .Q.H.H. abierto en vias biliares
COLECISTECTOMIA(CO)+COLEDOCOTOMIA+DRENAJE DE KEHR(DVBE)
VACIAMIENTO (M) + CAPITONAJE (C)
- *26.- J.B.G. V Nº. .Q.H.H. L.I.
COLECISTECTOMIA(CO)+QUISTECTOMIA(M)+DESCONEXION FISTULA(VBI)
- *27.- M.F.L. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 28.- C.S.G. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 29.- M.M.M. H Nº. .Q.H.H. y pulmonar
QUISTECTOMIA (M)
- 30.- J.F.L. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- *31.- P.M.G. V Nº. .Q.H.H. L.D. multivesicular infectado
VACIAMIENTO Y DRENAJE (M).
- *32.- M.P.C. H Nº. .Q.H.H. L.I
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
- 33.- D.M.E. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 34.- A.C.M. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 35.- A.B.G. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 36.- M.M.M. H Nº. .Q.H.H.
LAPAROTOMIA EXPLORADORA
- *37.- M.R.B. H Nº. .Q.H.H. L.I.
EXTIRPACION DEL QUISTE (M)
- 38.- C.I.M. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 39.- E.S.J. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M) + COLECISTECTOMIA(CO)
- *40.- F.M.B. V Nº. .Q.H.H. 3L.D. multivesicular
VACIAMIENTO MAS DRENAJE (M).
- 41.- A.G.L. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- *42.- M.R.R. V Nº. .Q.H.H. L.D.multivesicular.coledoco con membranas.
+colelitiasis.
EXTIRPACION DEL QUISTE (M)+EXTRACCION MEMBRANAS DEL
COLEDOCO+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- *43.- MV.G.R.H Nº. .Q.H.H. L.I. multive.infectado
PERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- 44.- P.V.V. V Nº. .Q.H.H.
VACIAMIENTO (M)+CAPITONAJE (C).

1985

- * 1.- M.M.M. H Nº. .Q.H.H. L.I. multivesicular

- 2.- P.M.G. V Nº. .Q.H.H. .
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 3.- F.M.S. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- * 4.- MA.G.S.H Nº. .Q.H.H. L.D. comunicación biliar+colelitiasis
VACIAMIENTO+ MARSUPIALIZACION (M) + COLECISTECTOMIA (CO)
EXTRACION VESICULAS COLEDOCO+ DRENAJE DE KEHR (DVBE)
- 5.- C.S.C. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 6.- E.V.F. H Nº. .Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 7.- IJ.C.A.H Nº. .Q.H.H. L.I.
HEPATECTOMIA I + COLECISTECTOMIA (CO).
- * 8.- C.P.C. H Nº. .Q.H.H. L.D. degenerado
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI).
- * 9.- P.M.G. H Nº. .Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 10.- JM.F.N.V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+ COLECISTECTOMIA (CO)
- 11.- MT.G.B.H Nº. .Q.H.H. 2L.D
MARSUPIALIZACION 2(M)
- 12.- M.R.A. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- *13.- L.C.R. H Nº. .Q.H.H. L.I. dulcera duodenal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- *14.- A.M.C. H Nº. .Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- *15.- JC.C.R.V Nº. .Q.H.H.
VACIAMIENTO (M) + CAPITONAJE (C).
- *16.- S.A.M. V Nº. .Q.H.H. L.I. abierto en vias biliares
VACIAMIENTO (M) +CIERRE FISTULA BILIAR(VBI)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *17.- J.Y.S. H Nº. .Q.H.H. L. D. gigante
VACIAMIENTO + DRENAJE (M)
- *18.- G.F.R. V Nº. .Q.H.H. + litiasis biliar.Abierto a vias biliares
VACIAMIENTO + DRENAJE (M)+ COLECISTECTOMIA (CO)
- *19.- E.D.C. V Nº. .Q.H.H. multivesicular+Q.H. pulmón
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+CAPITONAJE(C)
+ DRENAJE DE KEHR (DVBE). LOBECTOMIA PULMONAR
- 20.- R.G.L. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 21.- MP.G.S.H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- *22.- V.R.R. V Nº. .Q.H.H. L.D. múltiple
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
- *23.- V.G.P. V Nº. .Q.H.H. L.D.multivesicular múltiple
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 24.- E.D.C. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL 2(QPI)+ EPIPOPLASTIA 2(E)

- 25.- L.S.O. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- *26.- E.J.H. V Nº. .Q.H.H. L.D. hidátides en colédoco
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+ COLECISTECTOMIA
(CO)
DRENAJE DE KEHR (DVBE)
- 27.- A.M.H. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 28.- N.F.M. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 29.- P.M.G. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 30.- F.M.A V Nº. .Q.H.H. + colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+ COLECISTECTOMIA
(CO)
- 31.- D.C.G. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 32.- V.S.G. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 33.- I.F.L. H Nº. .Q.H.H. +colelitiasis
QUISTECTOMIA (M)+ COLECISTECTOMIA (CO)
- 34.- J.F.M. V Nº. . Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- *35.- P.D.P. V Nº. . Q.H.H. Seg.2,3,4.abierto via biliar
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
COLEDODUODENOSTOMIA (CY)+ DRENAJE DE KEHR (DVBE)
- 36.- J.R.E. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+ COLECISTECTOMIA
(CO)
DRENAJE DE KEHR (DVBE)
- 37.- J.S.R. V Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- *38.- MP.G.C.H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)+ COLECISTECTOMIA (CO)

1986

- 1.- F.G.P. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M) + DRENAJE DE KEHR (DVBE)
- 2.- A.R.S. V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI).
- 3.- A.B.G. V Nº. .Q.H.H.
VACIAMIENTO Y DRENAJE (M).
- 4.- R.O.I. V Nº. Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
- * 5.- M.P.G. H Nº. 200.231. Quiste H.H. L2.I2.+ Q.H.H.
epiplón+obstrucción biliar
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI)+ DRENAJE KERH
(DVBE) +EXTIRPACION QUISTE DE EPIPLON.
- * 6.- L.F.G. H Nº. 201.313. Q.H.H calcificado.

- 7.- I.G.R. H Nº. .Fístula por cavidad residual hidatídica
VACIAMIENTO (M) + DRENAGE.
- 8.- A.R.R. V Nº. .Q.H.H.
VACIAMIENTO (M) Y DRENAGE
- * 9.- L.C.C. H Nº. 203.124. Q.H.H. L.I.
HEPATECTOMIA Ia. (HIN)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR
(DVBE).
- 10.- AM.A.S.H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)) + DRENAJE.
- 11.- ER.M.P.H Nº. .Q.H.H
EXERESIS DE LOS QUISTES. (QPTN) + DRENAJE
- *12.- L.G.C. H Nº. 204.498. Hidatidosis hepática 1 de L.I y 1 de L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRA(QPTC)+VACIAMIENTO(M)
DRENAJE.
- 13.- M.G.M. H Nº. .Q.H.H.
LAPARATOMIA EXPLORADORA
- *14.- C.G.P. V Nº. 204.667. Q.H.H. Incarceración H.Spiegel
LAPARATOMIA+TRATAMIENTO HERNIA.
- *15.- R.F.M. H Nº. 204.739. .Q.H.H. l.d y L.I multivesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI).
- 16.- J.G.E. H Nº. .Q.H.H abscesificado
HEPATECTOMIA DERECHA (HDN).
- *17.- A.V.M. H Nº. 134.810. Q.H.H L.D. multivesicular .
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL(QPI)+ SUTURA FISTULA
BILIAR(VBI)
- 18.- V.V.C. V Nº. .Q.H.H. 2 Q.
QUISTECTOMIA (M) + COLECISTECTOMIA (CO).
- 19.- S.C.R. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M).
- 20.- P.A.T. H Nº .Q.H.H. L.D.
QUISTECTOMIA (M).
- 21.- JM.M.B.V Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL(QPTA)+COLECISTECTOMIA(CO)
- 22.- E.C.C. H Nº. .Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M) + COLECISTECTOMIA (CO).
- 23.- F.R.C. V Nº. .Q.H.H
QUISTECTOMIA (M) .
- 24.- L.A.G. H Nº. .Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN))
- *25.- J.R.G. V Nº. 205.456. Hidatidosis hepática. Pionefrósis
LAPARATOMIA.
- *26.- A.L.V. H Nº. .Q.H.H.
VACIAMIENTO (M) Y DRENAJE.
- *27.- E.M.C. H Nº. 206.800. Q.H.H. del Lº.Dº. multivesicular
HEPATECTOMIA DERECHA (HDN).
- *28.- P.R.C. H Nº. 213.187. Q.H.H.multivesicular L.I. y
siembra peritoneal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+EXTIRPACION
IMPLANTES + COLECISTECTOMIA (CO).
- *29.- C.R.S. H Nº. . Q.H.H. calcificado. Lº.cuadrado
LAPARATOMIA EXPLORADORA.

- 30.- P.D.J. V Nº. . Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M) + COLEDOCO DUODENOSTOMIA (CY).
- *31.- F.T.G. V Nº. 213.262. Q.H.H., L.D. + Cirrosis
VACIAMIENTO (M).
- 32.- E.F.P. H Nº. . Hidatidosis hepática..
QUISTECTOMIA (M).
- 33.- D.C.J. Nº. . Q.H.H. calcificado.
QUISTECTOMIA (M) + COLECISTECTOMIA (CO).
- *34.- T.B.C. V Nº. 216.362. Q.H.H. calcificado. Colelitiasis
COLECISTECTOMIA (CO).
- *35.- F.L.C. V Nº. 209.605. Q.H.H. perforado
vesícula. Q.H. mesentérico.
QUISTOPERICISTECTOMIA PARCIAL (QPI) + COLECISTECTOMIA (CO)
+ EXTIRPACION DEL Q. MESENTERICO.
- *36.- C.S.G. H Nº. 213.036. Q.H.H. Calcificad + Coledocolitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI). COLECISTECTOMIA (CO)
+ DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- 37.- R.G.C. H Nº. . Q.H.H. infectado.
DRENAJE (M).
- *38.- A.F.P. V Nº. 215.643. Tránsito hepatotorácico hidatídico.
+ Q.H.H. Calcificado
RESECCION PULMONAR + VACIAMIENTO (M) + MIOPLASTIA (E).
- 39.- E.G.J. H Nº. . Hidatidosis hepática y esplénica .
ESPLENECTOMIA + COLEDOCOYUNOSTOMIA (CY)
- *40.- E.G.C. V Nº. 212.996. Q.H.H., L.I. parcialmente calcificad
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI) + CAPITONAJE (C)
- 41.- J.P.G. V Nº. . Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M) + DRENAJE.
- *42.- M.M.A. V Nº. 212.502. Q.H.H. calcificado.
LAPARATOMIA.
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIOS ENCUESTADOS: 4-5-6.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 124

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 46

RESECCIONES HEPATICAS (R): 5

- .Hepatectomía Lobectomía D(HD): 2
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 2

- .Hepatectomía Lobectomía I(HI): 3
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 3

- .Segmentectomía (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 9

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 3
- No consta(QPTN): 5

QUISTOPQERICISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 40

QUISTOYEYUNOSTOMÍA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 4

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 70

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C) : 6

EPIPLOPLASTIA Y MIOPLASTIA (E): 5

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 13

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 4

COLECISTECTOMIA (CO): 32

AÑO 1984

SERVICIOS ENCUESTADOS: 4-5-6.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 44

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 11

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomía Lobectomía D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomía Lobectomía I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 1

- .Segmentectomía (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERICISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 13

QUISTOYEYUNOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 32

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C) : 2

EPIPLOPLASTIA Y MIOPLASTIA (E): 2

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 3

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIA (CO): 9

AÑO: 1985

SERVICIOS ENCUESTADOS: 4-5-6.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 38

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 16

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomía Lobectomía D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomía Lobectomia I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 1

- .Segmentectomía (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 4

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 3

QUISTOPQERICISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 18

QUISTOYEYUNOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 18

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C) : 2

EPIPLOPLASTIA Y MIOPLASTIA (E): 2

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 6

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIA (CO): 13

AÑO: 1986

SERVICIOS ENCUESTADOS: 4-5-6.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 42

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 19

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- Hepatectomía Lobectomía D(HD): 2
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 2

- Hepatectomía Lobectomía I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 1

- Segmentectomía (S): 0

- Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 4

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 2

QUISTOPERICISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 9

CISTOYEYUNOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 2

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 20

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C) : 2

EPIPLOPLASTIA Y MIOPLASTIA (E): 1

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 4

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIA (CO): 10

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 7

1984

- * 1.- E.L.M.V. Nº. 97.187. Hidatidosis hepática L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA DE CUPULA (QPI)
- * 2.- C.M.G.H. Nº. 103.121. Hidatidosis hepática múltiple 2(L.D),4(L.I).
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL 6 (QPI)+CAPITONAJE 2(C).

1985

- * 1.- G.G.M. V. Nº.103.985.Hidatidosis hepática L.D.
PUNCIÓN VACIAMIENTO Y DRENAJE (M).

1986

- * 1.- R.R.R. H. Nº. 115.308. Hidatidosis hepática 1 en L.D, otro en L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL 2 (QPI).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 7

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomía Lobectomía D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomía Lobectomía I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segnientectomía (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEURONOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 2

EPIPLOPLASTIA (E):

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIA (CO):

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 7

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

- .Hepatectomía Lobectomía D(HD): 0

Reglada (HDR) :0

Atípica (HDA) :0

No consta(HDN): 0

- .Hepatectomía Lobectomia I(HI): 0

Reglada (HIR) :0

Atípica (HIA) :0

No consta(HIN): 0

- .Segnentectomía (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) :0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 2

EPIPLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIA (CO): 0

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 7

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

- Hepatectomía Lobectomía D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- Hepatectomía Lobectomía I(HI): 0
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 0

- Segmentectomía (S): 0

- Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 0

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 0

QUISTOYEURONOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 0

EPIPLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIA (CO): 0

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 7

NUMERO DE PACIENTES HIDATIDICOS INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomía Lobectomía D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomía Lobectomia I(HI): 0

Reglada (HIR) :0

Atípica (HIA) :0

No consta(HIN): 0

-.Segnentectomía (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 0

EPIPLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIA (CO): 0

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 8

1984

- * 1.- E.E.T. H Nº. 523.816. Q.H.H. múltiple. 3 Q.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL BIERTA(QPTA) +
QUISTOPERIQUISTECTOMIA+TOTAL CERRADA 2 (QPTC).
- * 2.- A.P.Y. V Nº. 433.132. Q.H.H. múltiple calcificada.
COLECISTECTOMIA (CO).
- * 3.- MC.E.C H Nº. 517.231. Q.H.H. más colelitiasis. 2.Q
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL(QPTA) + COLECISTECTOMIA (CO).
VACIAMIENTO Y DRENAJE (M).
- * 4.- JM.C.R.V Nº. 519.436. Q.H.H. fístula biliocutánea.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA (QPTN)
- * 5.- R.R.G. V Nº. 495.925. Tránsito hepatotorácico .
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC).
DECORTICACION.
- * 6.- J.S.E. H Nº. Q.H.H.. 2 Q.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA 2 (QPTC)+ COLECISTECTOMIA (CO).
- * 7.- R.L.A V Nº. Hidatidosis Eplénica y Cavidad residual hepática
ESPLENECTOMIA.
- * 8.- F.S.C. F Nº. 532.497. Q.H.H. 3 Q.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA 2 (QPTC)).SUTURA
CONDUCTO HEPATICO 1º + COLECISTECTOMIA (CO) +
ESFINTEROPLASTIA (O).
- * 9.- E.A.M. H Nº. 522.696 Cavidad hidatídica abscesificada.
VACIAMIENTO DEL PUS. (M).
- *10.- N.M.P. H Nº. 509.004. Q.H.H. calcificado parcialmente.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA CUPULA (QPI)) + COLECISTECTOMIA (CO).
- *11.- L.S.A. V Nº. 592.280. Hidatidosis hepática + Colecistitis + H.Hiatal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+COLECISTECTOMIA
(CO)+SUTURA FISTULA BILIAR (VBI) + NISSEN
- *12.- A.F.A. H Nº. 537.236. Q.H.H. multivesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL(QPTA) + COLECISTECTOMIA (CO).
- *13.- MT.B.M.H Nº. 537.779. Q.H.H. múltiple y peritoneal.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA (HIN). EXTIRPACION INTEGRA
PERITONEALES
- *14.- MC.R.V.H Nº. 527.854. Q.H.H. 2.Q. H.Hiatal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA. 2 (QPTC). NISSEN
- *15.- D.R.G. H Nº. 542.036. Q.H.H. 2.Q.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
- *16.- A.R.G. V Nº. Q.H.H. calcificado. Ca.Gástrico
GASTRECTOMIA SUBTOTAL
- *17.- L.M.S. H Nº. 538.646. Q.H.H. 2. Q.
QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTAL(QPTN)+ QUISTORRESECCION REGLADA
(QR) 2y3

- *18.- A.B.C. V Nº. 545.920. Q.H.H. 2 Q.
QUISTORRESECCION (QR) Seg. VI-VII. (S), Seg. VI-VII
QUISTOPERQUIISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- *19.- A.M.R. H Nº. 540.080. Q.H.H. calcificado multivesicular
infectado. Colecistitis con colelitiasis.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA)+
COLECISTECTOMIA (CO).
- *20.- V.S.M. H Nº 541.544. Q.H.H. calcificad+Quiste putulento
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC) +
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
- *21.- J.S.M. V Nº. 538.960. Q.H.H. gigante multivesicular
VACIAMIENTO + DRENAJE (M). SUTURA FISTULA BILIAR (VBI).
- *22.- MT.T.S.H Nº. 541.431. Q.H.H. multivesicular.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
- *23.- A.V.R. H Nº. 549.506. Quiste hidatídico univesicular. Colelitiasis
QUISTOPERQUIISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI) + COLECISTECTOMIA (CO).
- *24.- E.A.M. V Nº. 545.519. Q.H.H.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA) +
COLECISTECTOMIA (CO)+CIERRE FISTULAS BILIARES (VBI) +
ESFINTEROPLASTIA (O).
- *25.- MA.J.P.H Nº. 546.336. Q.H.H.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC).
- *26.- MT.L.P.H Nº. 553.468. Q.H.H. 2 Q.
SEGMENTECTOMIA 2 s(II y III). (S). QUISTOPERQUIISTECTOMIA
TOTAL CERRADA (QPTC)+ COLECISTECTOMIA (CO).
- *27.- V.S.P. V Nº. 553.416. Q.H.H. múltiple
HEPATECTOMIA DERECHA (HDN)+QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL
CERRADA (QPTC).
- *28.- M.G.J. H Nº. 555.438. Q.H.H. 2 Q. Coledoco habitado
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+COLECISTECTOMIA
(CO) + ESFINTEROPLASTIA AUSTIN-JONES. (O).

1985

- * 1.- LC.L.M.V Nº. 432.099. Q.H.H. Coledoco ocupado numerosas vesículas.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC) +
COLECISTECTOMIA (CO)+ SUTURA FISTULA BILIAR (VBI) +
ESFINTERIPLASTIA AUSTIN-JONES (O)
- * 2.- C.G.P. H Nº. 462.863. Q.H.H.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA REGLADA (HIR).
- * 3.- I.O.G. V Nº 564.860 . Q.H.H.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA. (QPTA))
- * 4.- MC.D.I.H Nº. 543.862. Q.H.H. Colelitiasis.
QUISTOPERICISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+COLECISTECTOMIA
(CO).
- * 5.- E.M.H. V Nº. 432.722. Q.H.H. Cirrosis
VACIAMIENTO y EXTIRPACION CUPULA (MABIT-LAGROT) (QPI).
- * 6.- P.H.J. H Nº. 530.542. Q.H.H. calcificad. Coledocolitiasis.
EXTRACCION CALCULO COLEDOCO, PAPILOTOMIA (O).
- * 7.- A.M.G. V Nº. 566.926. Q.H.H. multivesicular.

- QUISTOPERICISTECTOMIA TOTAL+
ABIERTA(QPTA)+COLECISTECTOMIA(CO)
EXTRACCION COLEDOCO HIDATIDES + ESFINTEROPLASTIA (O).
- * 8.- A.F.M. V Nº. 567.002. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN) + CIERRE FISTULA
BILIAR(VBI).
- * 9.- E.S.D. V Nº. 570.065. Q.H.H. supurado.
VACIAMIENTO y EXTIRPACION CUPULA (MABIT-LAGROT) (QPI) +
ESFINTEROPLASTIA (O) + EXTRACCION MEMBRANAS COLEDOCO+ DRENAJE
KEHR (DVBE).
- *10.- MA.M.N.H Nº. 557.867. Q.H.H.+ colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+COLECISTECTOMIA
(CO).
- *11.- C.G.G. H Nº. 567.372. Q.H.H. calcificado + colelitiasis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)).
- *12.- L.I.A. V Nº. 570.689. Q.H.H..2 Q.calcificados.Ca.Gástrico
GASTRECTOMIA TOTAL AMPLIADA.
- *13.- A.P.G. V Nº. 566.369. Q.H.H. y abdominal múltiple.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA)+PUESTA APLANO
ABDOMINALES
- *14.- P.A.M. V Nº. 573.054. Q.H.H.+ colelitiasis
QUISTORESECCION (QR),Seg.VII. COLECISTECTOMIA (CO).
- *15.- JL.P.V.V Nº. 577.019. Hidatidosis hepática.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC).COLECISTECTOMIA
(CO)
- *16.- B.H.L. V Nº. 574.105. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI).
- *17.- A.Z.G. V Nº. 575.465. Q.H.H. membranas en coledoco.
SEGMENTECTOMIA CLAMP DE LIN(S).COLECISTECTOMIA (CO).
ESFINTEROPLASTIA AUSTIN-JONES (O).
- *18.- JE.T.S.V Nº. 561.756. Q.H.H. supurada.
LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA REGLADA (HIR).
- *19.- A.S.H. V Nº. 446.325. Q.H.H. supurada.Ulcera duodenal perforada
QUISTORESECCION REGLADA (QR)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROPLASTIA (O).
- *20.- C.F.M. H Nº. 561.174. Q.H.H. L.D.
LOBECTOMIA HEPATICA DERECHA REGLADA (HDR).ESFINETROPLASTIA
AUSTIN-JONES (O).
- *21.- A.F.M. V Nº. 579.360. Q.H.H. Ca. Esofago
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1986

- * 1.- JL.T.A. V Nº. 587.637. Q.H.H.
EXTIRPACION CUPULA SALIENTE Mabit-Lagrot) (QPI).
- * 2.- A.B.M. V Nº. 451.902. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA(QPTC)+
COLECISTECTOMIA(CO)
- * 3.- P.L.F. H Nº. 590.557. Q.H.H. univesicular.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).

- * 4.- J.C.G. V. Nº. 586.154. Q.H.H. doble
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA(QPTA)
 - * 5.- F.P.H. V Nº. 577.249. Hidatidosis hepática triple.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA 2(QPTC) +
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
 - * 6.- M.V.T. H Nº. 593.087. Q.H.H. Peritonitis por apendicitis
APENDICEPTOMIA.
 - * 7.- A.C.G. A Nº. 593.814. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL ABIERTA (QPI).
 - * 8.- M.D.G. V Nº. 595.735. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA).
 - * 9.- F.P.P. H Nº. 525.338. Q.H.H. colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTAL (QPTN).CIERRE FISTULA
BILIAR (VBI) + COLECISTECTOMIA (CO).
 - *10.- ME.P.S.H Nº. 597.889. Q.H.H. 2 Q.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+EXTRACION
MEMBRANAS COLEDOCO+COLECISTECTOMIA (CO)+ESFINTEROPLASTIA (O).
 - *11.- B.P.G. V Nº. 605.619. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA(QPTA) .
 - *12.- C.R.C. V Nº.608.886. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+
COLECISTECTOMIA(CO)+CAPITONAJE(C)
 - *13.- F.M.G. V Nº.571.416. Q.H.H. multiple y peritoneal
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA 3 (QPTC). EXTIRPACION
Q.PERITONEALES
 - *14.- A.M.C. H Nº. 443.790.Hidatidosis hepática.
NO CONSTA.
 - *15.- A.O.M. H Nº. 584.645.Q.H.H. L.D. Seg. IV.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
 - *16.- J.H.S. V Nº. 504.250.Q.H.H. Seg.II,II y IV.
RESECCION CUPULA SALIENTE (QPI).
 - *17.- N.G.E. V Nº..Q.H.H. Seg.4 y Q.H.H. Seg. VII y VIII
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+ESFINTEROPLASTIA (O)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 8

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 66

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 66

RESECCIONES HEPATICAS (R): 11

-.Hepatectomía Lobectomía D (HD): 2

Reglada (HDR) : 1

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 1

-.Hepatectomía Lobectomía I (HI): 3

Reglada (HIR) : 2

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

-.Segnentectomía (S): 2

-.Quistorresecciones (QR): 4

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 53

Abierta (QPTA) : 20

Cerrada (QPTC) : 29

No consta(QPTN): 4

QUISTOPQUERICISTECTOMIA INCOMPLETAS (QPI): 10

QUISTOYEYUNOSTOMIA (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 1

EPIPLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 12

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 6

COLECISTECTOMIA (CO): 25

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 8

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 28

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 28

RESECCIONES HEPATICAS (R): 5

-.Hepatectomía Lobectomía D (HD): 1

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 1

-.Hepatectomía Lobectomía I (HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

-.Segnientectomía (S): 1

-.Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 27

Abierta (QPTA) : 9

Cerrada (QPTC) : 16

No consta(QPTN): 2

QUISTOPQERICISTECTOMIA INCOMPLETAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIA (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 0

EPIPLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 3

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 3

COLECISTECTOMIA (CO): 12

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 8

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 21

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 21

RESECCIONES HEPATICAS (R): 6

- Hepatectomía Lobectomía D (HD): 1
 - Reglada (HDR) : 1
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta (HDN): 0

- Hepatectomía Lobectomía I (HI): 2
 - Reglada (HIR) : 2
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta (HIN): 0

- Segmentectomía (S): 1

- Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 9

- Abierta (QPTA) : 3
- Cerrada (QPTC) : 5
- No consta (QPTN): 1

QUISTOPQUERICISTECTOMIA INCOMPLETAS (QPI): 3

QUISTOYEURONOSTOMIA (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 0

EPIFLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 7

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIA (CO): 8

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 8

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 17

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 17

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomía Lobectomía D (HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomía Lobectomía I (HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

-.Segnentectomía (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 17

Abierta (QPTA) : 8

Cerrada (QPTC) : 8

No consta(QPTN): 1

QUISTOPQERICISTECTOMIA INCOMPLETAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIA (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 1

EPIPLOPLASTIA (E): 0

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 2

ACTUACION DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIA (CO): 5

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 9

1984

- * 1.- A.P.P. V Nº. 251.142. Q.H.H. 2L.D. diseminación peritoneal.
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE
DE KEHR (DVBE).
 - * 2.- C.A.C. H Nº. 255.390. Q.H.H. L.D.+ Douglas y fondo útero,
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC).
 - * 3.- F.P.T. V Nº. 187.270. Q.H.H. calcificado+colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - * 4.- F.M.B. H Nº. 256.956. Q.H.H. 1L.D + 1L.I.univesi.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+MARSUPIALIZACION
2(M)
 - * 5.- J.M.L. V Nº. 258.067. Q.H.H. L.D. gigante+ Q.H. Douglas
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPI)
 - * 6.- J.D.M. H Nº. 232.603. Q.H.H. 1L.I.+ 1L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA 2(QPI)+ CAPITONAJE 2(C).
 - * 7.- M.L.R. V Nº. 246.818. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
 - * 8.- M.L.R. V Nº. 246.818. Cavidad hidatídica post cirugía infectada
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 9.- R.T.H. H Nº. 261.351. Q.H.H. L.I. de 15 cms.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 10.- M.E.L. H Nº. 261.768. Q.H.H. L.D.+ colecistis perforada.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE TUBO DE KEHR (DUBE).
 - * 11.- P.P.C. V Nº. 261.398. Q.H.H. L.D. grande
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 12.- A.R.B. H Nº. 246.009. Q.H.H. L.D. 10 cm
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1985

-
- * 1.- E.S.M. H Nº. 262.741. Q.H.H. L.D. 9 cm.univesicular
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 2.- A.S.C. V Nº. 263.386. Q.H.H. L.D. infectado+empiema vesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 3.- A.J.E. V Nº. 264.984. Q.H.H. L.D. gigante+Q.H. esplénico.
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 4.- E.H.H. H Nº. 267.087. Q.H.H. 1L.D., 1L.I. y otro paravesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA
(CO).
 - * 5.- E.G.M. H Nº. 268.325. Q.H.H. múltiple

- QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
- * 6.- M.A.P. V Nº.269.763. Q.H.H. 1L.D. otro en ligamento redondo.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 7.- J.B.S. H Nº.296.804. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+ CAPITONAJE(C)
 - * 8.- F.F.B. H Nº.265.930. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - * 9.- J.L.M. V Nº.258.067. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *10.- E.M.C. H Nº.244.729. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *11.- L.C.S. V Nº.263.891. Q.H.H. L.D. gigante y multiv.
QUISTORRESECCION (QR).
-

1986

- * 1.- I.G.D. H Nº. 194.541. Q.H.H. multivesicular de 10 cm.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +
DRENAJE TUBO KEHR (DVBE).
 - * 2.- L.F.P. V Nº. 79.292. Q.H.H. 4 cm.sólido
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 3.- L.F.P. V Nº. 79.292. Q.H.H. 2L.D y otro interlobular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION 2(M)
CAPITONAJE 2(C)
 - * 4.- MD.C.M.H Nº. 275.650. Q.H.H. L.I. multivesicular parcialmente calcif.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - * 5.- T.M.M. V Nº. 275.886. Q.H.H. L.I. + colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
+DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA KEHR (DVBE)
 - * 6.- S.D.C. V Nº. 266.996. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C).
 - * 7.- T.G.R. H Nº. 277.123. Q.H.H. L.D 12 cm.pediculado
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC).
 - * 8.- C.R.G. H Nº. 260.641. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)+MARSUPIALIZACION
(M).
 - * 9.- JJ.O.M V Nº. 270.560. Q.H.H. multiv. otro cavidad residual
QUISTORRESECCION (QR) + EPIPLOPLASTIA (E).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 9

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 32

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 32

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 6

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 3

No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 28

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 11

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 6

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 5

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 8

AÑO 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 9

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 12

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 12

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 11

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 6

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 2

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 3

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 9

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 11

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 11

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 0

- Segmentectomías (S): 0

- Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 9

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 9

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 9

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 0

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 2

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 8

CISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 3

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 2

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 10

1984

- * 1.- S.L.M. V Nº.254.733. Q.H.H. 2L.D..
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - * 2.- L.S.G. V Nº.258.460. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
-

1985

- * 1.- E.H.P. V Nº.262.135. Q.H.H. 2L.D..
MARSUPIALIZACION (M)
 - * 2.- J.V.G. V Nº.263.813. Q.H.H. L.I.+ 2L.D
MARSUPIALIZACION 2(M)+QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA(QPI)
ESPLENECTOMIA
 - 3.- A.C.H. V Nº.262.577. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - 4.- J.G.S. H Nº.270.0371.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1986

0

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 10

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 6

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 10

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 10

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0
Cerrada (QPTC): 0
No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 2

QUSTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 11

1984

0

1985

-
- * 1.- I.F.L. H Nº. 262.573. Q.H.H. 2L.I. 1L.D abscesificado
MARSUPIALIZACION (M)+QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)
 - * 2.- S.C.A. V Nº. 269.929. Q.H.H. L.I. calcificado.Ulcus
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN) GASTRECTOMIA.

1986

-
- * 1.- F.N.V. H Nº.276.771. Q.H.H.+ Colelitiasis
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - * 2.- C.L.V. H. Nº.190.380. Q.H.H.y Bazo+colelitiasis
VACIAMIENTO (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+ESPLENECTOMIA
 - 3.- J.G.I. V Nº.278.201. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 11

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-. Hepatectomías Lobectomías D (HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta (HDN):

-. Hepatectomías Lobectomías I (HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta (HIN):

-. Segmentectomías (S):

-. Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0
Cerrada (QPTC): 0
No consta (QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOY EYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 11

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0
Cerrada (QPTC): 0
No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 2

QUSTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 11

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- -.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):
- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):
- .Segmentectomías (S):
- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 0

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

SERVICIO ENCUESTADO: 12

1984

- * 1.- J.G.R.G.V N°.261.525. Q.H.H. 2L.D
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION (M)
COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 2.- M.C.S.U.H N°.243.086. Q.H.H. 1L.D. 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)
 - * 3.- M.R.M. H N°.251.953. Q.H.H. L.D. infectado.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - * 4.- F.G.O. H N°.255.382. Q.H.H. L.D.gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 5.- D.V.P. V N°.258.303. Q.H.H. 3L.D.+hidatidosis peritoneal.
MARSUPIALIZACION 2(M).
-

1985

- * 1.- R.B.L. H N°. 263.322. Q.H.H. L.I. membranas en colédoco coleliti.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)+
PAPILOTOMIA (O)+ VACIAMIENTO COLEDOCO+DRENAJE KEHR (DVBE)
 - * 2.- M.O.S. H N°. 265.264. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA).
 - * 3.- A.A.E. H N°.269.293. Q.H.H. 2L.D. uno parcialmente calcificado.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE (DVBE).
 - * 4.- T.M.C. V N°.252.666. Q.H.H. L.D. 10 por 12.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - * 5.- P.S.M. V N°.199.082. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
-

1986

- * 1.- A.S.S. H N°.273.201. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA).
- * 2.- R.O.G. V N°.272.909. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
- * 3.- C.N.S. H N°.270.850. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)

- * 4.- MI.M.U.H Nº.276.686. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 5.- J.V.A. H Nº.276.062. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)
- * 6.- A.G.O. H Nº.274.685. Q.H.H. 2L.D. uno gigante
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA
TOTAL (QPTA).
- * 7.- A.D.C. H Nº.281.490. Q.H.H. L.D. gigante.fist bili.obstru.coled.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+ VACIAMIENTO COLEDOCO+
DRENAJE KEHR (DVBE)+LIGADURA HEPATICO DERECHO(VBI)
- * 8.- JR.T.G.V Nº.280.520. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CAPITONAJE (C)

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 12

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 18

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 18

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 11

Abierta (QPTA) : 4

Cerrada (QPTC): 5

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 10

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 3

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 6

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 12

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 5

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 12

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 5

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA): 1

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 2

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 12

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 8

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 8

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 7

- Abierta (QPTA) : 3
- Cerrada (QPTC): 4
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

HOSPITAL ENCUESTADO: 13

1984

- * 1.- AL.L.P.V Nº.223.704. Q.H.H. L.I. gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 2.- JA.I.S.V Nº.143.481. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 3.- R.H.L. H Nº.225.502. Q.H.H. 3L.D. 1L.I.
MARSUPIALIZACION 4(M).
 - * 4.- FJ.D.M.V Nº.169.603. Q.H.H. 3L.D.+ 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 4(QPI)
 - * 5.- J.C.M. V Nº.233.315. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1985

- 1.- M.G.P. H Nº. 237.851. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 2.- A.G.B. V Nº. 242.908. Q.H.H. L.I. calcificado.Ulcus
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 3.- C.B.M. V Nº. 233.862. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 4.- F.M.A. V Nº. 248.474. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
 - * 5.- P.N.C. H Nº. 242.760. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+ CAPITONAJE (C).
 - * 6.- F.D.M. V Nº. 168.803. Q.H.H. 2L.D. 1 interlobular. 1 epiplón
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 7.- C.B.M. V Nº. 233.862. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 8.- FJ.M.A.V Nº.. Q.H.H. 2L.D.1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
-

1986

- * 1.- JJ.M.S.V Nº.256.740. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- * 2.- A.S.O. V Nº.262.904. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+SUTURA FISTULA (VBI)

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 13

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 15

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 15

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 20

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 13

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 5

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 6

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 13

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 8

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 8

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 11

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 13

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 0

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 14

1984

- * 1.- C.A.M. H Nº.260.414. Q.H.H. L.D.multivesicular 20 cms.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 2.- MD.L.S.H Nº.260.232. Q.H.H. L.D.Parcial.calci.+ colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) Yovanovich
COLECISTECTOMIA (CO)
- * 3.- A.G.A: V Nº.260.588. Q.H.H. L.D.infectado
EVACUACION (M) + COLECISTECTOMIA (CO)+ DRENAJE KEHR (DVBE)
- * 4.- MC.S.L H Nº.261.742. Q.H.H. L.D. multive.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) + CAPITONAJE (C).
- * 5.- A.M.J. V Nº.217.370. Q.H.H. L.I. multiv.
SEGMENTECTOMIA (S).
- * 5.- ML.M.P.H Nº.237.596. Q.H.H. L.D. multives.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA) + COLECISTECTOMIA (CO)+
SUTURA FISTULA (VBI).
- * 6.- ML.M.P.H Nº.237.596. Q.H.H. L.D. multive.recidivado. memb.coléd.
VACIAMIENTO (M)+DESOSTRUCION COLEDOCO+DERNAJE KEHR (DVBE)
- * 7.- F.R.G. H Nº.250.065. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)
- * 8.- F.A.M. V Nº.251.288. Q.H.H. L.I. calcifi.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) + CAPITONAJE (C).
- * 9.- I.B.V. V Nº.252.230. Q.H.H. L.D. gigante multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *10.- G.R.S. V Nº.253.888. Q.H.H. L.D. multiv.infectada +colelitiasis
COLECISTECTOMIA (CO)+EVACUACION (M)+ SUTURA FISTULA (VBI)+
DESOSTRUCION COLEDOCO + DRENAJE KEHR (DVBE)
- *11.- A.P.R. V Nº.255.106. Q.H.H. L.H. multivesicular
HEPATECTOMIA I CON CLAMP DE LIN (HIA)
- *12.- M.A.F. V Nº.169.797. Q.H.H. 2L.D
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *13.- E.G.P. V Nº.256.903. Q.H.H. L.D. colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *14.- M.G.G. H Nº.255.994. Q.H.H. 1L.D.+ 2L.I + colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *15.- M.G.G. H Nº.255.994. Q.H.H. 5L.D.
VACIAMIENTO 5(M)
- *16.- A.M.C. V Nº.255.437. Q.H.H. 5L.I+ 1L.D
QUISTORRESECCION CLAMP DE LIN (Q)+VACIAMIENTO (M).
- *17.- P.L.M. V Nº.261.202. Q.H.H. 15 cms. multivesi.fídt.biliar
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR
- *18.- F.R.L. H Nº.255.029. Q.H.H. 1L.I. multiv.+ 2L.D.multiv
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+VACIAMIENTO 2(M)+
CAPITONAJE 2(C).
- *19.- R.L.M. H Nº.255.027. Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 3(QPTA)+

- QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *20.- E.R.E. V Nº.254.025. Q.H.H. 2L.D.multivesi.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +MARSUPIALIZACION (M)
CAPITONAJE 2(C)+ESFINTEROPLASTIA (O) + DRENAJE KEHR (DVBE)
- 21.- C.G.C. H Nº. . Q.H.H. 2L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+MALITLAN (QPI)+
- 22.- T.F.M. H Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE KEHR.
- 23.- MJ.G.M.H Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC).

1985

- * 1.- C.G.B. V Nº.259.755. Q.H.H. L.D.parcialmente calcif+colelitiasis
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA PARCIAL MABIT(QPI)+COLECISTECTOMIA(CO)
- 2.- C.L.C. H Nº.54.745. Q.H.H. fistula biliar
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+DRENAJE KEHR (DVBE)
- * 3.- A.G.A. H Nº.264.232. Q.H.H. L.D. univesic.+ colelitiasis.
VACIAMIENTO (M)+CAPITONAJE (C)+DRENAJE KEHE (DVBE).
- 4.- D.L.V. H Nº.276.523. Q.H.H. L.D. multives. Q.H.abdom.+membra coledo
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA+TOTAL (QPTN)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- 5.- C.M.C. H Nº.254.818. Q.H.H. abscesificado+fistula biliar
EVACUACION DRENAJE (M).
- 6.- E.M.B. H Nº.263.652. Q.H.H.
LAPARATOMIA EXPLORADORA
- 7.- F.R.C. V Nº.265.420. Q.H.H.complicado
EVACUACION DRENAJE (M)+PLICATURA (C)+DRENAJE KEHR(DVBE)
- * 8.- T.C.C. V Nº.267.085. Q.H.H. 2L.D.multiv.fist+2 epiplón
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN) + 2 EXTIRPACION+
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 9.- D.S.E. H Nº.267.936. Q.H.H.abierto vias biliares
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *10.- C.M.P. H Nº.269.593. Q.H.H. L.D. multiv.fistu.bili+colelitiasis
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *11.- C.E.M. H Nº.270.174. Q.H.H. 3L.D. multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)+EPIPLOPLASTIA
(E).
- *12.- E.G.C. V Nº.141.168. Q.H.H. L.D. fistula biliar.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *13.- J.S.M. V Nº.267.024. Q.H.H. L.I. multive. 15 cms.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI)+CAPITONAJE (C).
- *14.- C.N.F. H Nº.266.923. Q.H.H. 3L.D.multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 2(QPTA)+ VACIAMIENTO (M).
- *15.- P.H.B. H Nº.271.445. Q.H.H. L.I. multive.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+EPIPLOPLASTIA(E).

1986

- * 1.- C.G.A. H Nº.277.593. Q.H.H. 2L.D.uno multiv.otro mastic.físt.bili.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - * 2.- JE.D.C.V Nº. . Q.H.H. 2L.D. uno calcif.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTA) + COLECISTECTOMIA (CO)+
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 3.- J.M.P. V Nº.273.825. Q.H.H. gigante
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
EPIPLOPLASTIA (E).
 - * 4.- MT.C.M H Nº.274.556. Q.H.H. L.D. univ.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+SUTURA FISTULA(VBI)
EPIPLOPLASTIA (E).
 - * 5.- D.L.V. H Nº..Q.H.H. 2L.D.gigante infectado+Q.H. retroperito
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO)
QUISTOPERCISTECTOMIA DEL RETROPERITONEAL
 - * 6.- C.B.S. H Nº.280.011. Q.H.H.2L.D.multiv.fís.bili.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+VACIADO (M)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - * 7.- J.B.C. V Nº.280.770. Q.H.H. L.D.calcif.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - * 8.- L.E.P. V Nº.279.803. Q.H.H. L.D. multives..
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 9.- B.R.S. H Nº.197.239. Q.H.H. multive.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC).
 - *10.- J.S.G. H Nº.278.456. Q.H.H. L.D. fistula biliar
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+SUTURA FISTULA(VBI)
CAPITONAJE SOBRE TUBO A LO GÜEDJ (C).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 14

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 48

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 38

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 1

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 1

-.Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 15

Abierta (QPTA) : 7

Cerrada (QPTC): 6

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 36

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 17

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 10

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 13

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 4

COLECISTECTOMIAS (CO): 16

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 14

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 23

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 20

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 1
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 7

- Abierta (QPTA) : 4
- Cerrada (QPTC): 3
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 17

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 12

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 6

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 6

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIAS (CO): 9

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 14

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 15

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 9

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0
Reglada (HIR) : 0
Atípica (HIA) : 0
No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S): 0

-.Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 5
Abierta (QPTA) : 2
Cerrada (QPTC): 1
No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 11

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 3

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 2

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 5

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 14

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 10

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 9

RESECCIONES HEPATICAS (R): 0

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 0

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S): 0

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 2

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 8

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 2

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 2

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

SERVICIO ENCUESTADO: 15

1984

- * 1.- A.C.G. V Nº.527.341. Q.H.H. Seg. 3 y 4.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 2.- J.P.C. V Nº.500.350. Q.H.H. entre Seg. 4y 5 otro Seg. 6
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2 (QPTC)
 - * 3.- J.M.M. V Nº.546.562. Q.H.H. multiv.infectado gigante
VACIAMIENTO Y DRENAJE (M)+DRENAJE KEHR (DVBE)+
CAPITONAJE (C).
 - * 4.- AM.G.S.H Nº.544.707. Q.H.H. Seg. 5 y 6.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
-

1985

- * 1.- M.L.B. V Nº.580.246. Q.H.H. L.D. 10 cms.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA)+COLECISTECTOMIA
(CO)+PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL Y TRANCISTICA (O)
 - * 2.- J.D.D. V Nº.388.548. Q.H.H. L.I. Colelitiasis.Membrans colédoco
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+COLECISTECTOMIA
(CO)+ ESFINTEROPLASTIA (O).
 - * 3.- M.A.E. H Nº.572.309. Q.H.H. interlobar+colelitiasis
VACIAMIENTO Y TUNELIZACION (M)+ COLECISTECTOMIA (CO)
 - * 4.- E.R.G. V Nº.571.779. Q.H.H. Seg. 7 gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 5.- A.A.M. H Nº.575.716. Q.H.H. gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 6.- V.F.A. V Nº. 8.136. Q.H.H. Seg.8.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +
CIERRE FISTULAS BILIARES (VBI).
 - * 7.- D.B.L. V Nº.577.532. Q.H.H. Seg.4
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO)
CIERRE FISTULA BILIARES (VBI).
-

1986

- * 1.- A.L.S. V Nº.590.061. Q.H.H. 1L.I. y 1L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC) +
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 2.- F.M.P. V Nº.300.051.Q.H.H. Seg. 7
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
ESFINTEROPLASTIA. (O)

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 15

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 13

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 13

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 7

Abierta (QPTA) : 2

Cerrada (QPTC): 4

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 5

QUISTOYEUOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 3

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIAS (CO): 5

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 15

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA) : 0
Cerrada (QPTC): 2
No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 0

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 0

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 15

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 7

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 7

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA) : 2

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 2

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 15

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 0

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 0

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

SERVICIO ENCUESTADO: 16

1984

- * 1.- R.G.N. V Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1985

- * 1.- A.L.A. V Nº.37.963. Q.H.H. Q.H.P.
PUNCION EVACUACION (M).
 - * 2.- A.G.H. V Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1986

- * 1.- M.C.V. H Nº.51.737. Q.H.H. De ambos lóbulos
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 16

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :
Cerrada (QPTC):
No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 16

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 16

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 16

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO: 17

1984

- * 1.- A.C.A. V Nº..Q.H.H. 2L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION (M)
 - * 2.- D.I.I. V Nº..Q.H.H. 2L.D.
SEGMENTECTOMIA (S) Seg. 7,6,5.
-

1985

- * 1.- A.G.S. V Nº..Q.H.H. L.D. Gigante
HEPACTECTOMIA DERECHA REGLADA (HDR)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL (O).
 - * 2.- S.P.C. V Nº..Q.H.H. L.D. infectado
VACIAMIENTO Y DRENAJE (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 3.- S.M.P. H Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 4.- C.C.U. H Nº..Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA
(CO)+
PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL (O).
 - * 5.- A.S.L. H Nº..Q.H.H. 2L.D. gigante+ cirrosis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION (M).
 - * 6.- V.B.R. V Nº..Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+PAPILOTOMIA (O)+DRENAJE KEHR(DVBE).
-

AÑO 1986

- * 1.- J.M.B. V Nº..Q.H.H. 1L.D.+ 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION (M)+
COLECISTECTOMIA (CO)+PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL (O).
 - * 2.- J.L.H. H Nº..Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 3.- J.L.S.M.V Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 4.- D.R.A. V Nº..Q.H.H.+ Múltiples abdominales
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 5.- P.C.F. H Nº..Q.H.H. L.I.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA (HIN).
 - * 6.- A.M.C. H Nº..Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 7.- C.B.L. V Nº..Q.H.H. 2L.D.
VACIAMIENTO 2(M)+QUISTOYEYUNOSTOMIS (QY)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 17

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 15

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 15

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 1

Reglada (HDR) : 1

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 9

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 4

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 0

COLECISTECTOMIAS (CO): 7

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 17

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 17

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 6

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 6

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- Hepatectomías Lobectomías D(HD): 1

Reglada (HDR) : 1

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 4

QUISTOYBYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 3

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 17

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 7

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 7

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 1

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 18

1984

- * 1.- J.M.M.B.V Nº..Q.H.H. 2L.I.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA REGLADA (HIR).
 - * 2.- L.R.E. H Nº..Q.H.H. multivesicular+colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 3.- M.E.G. H Nº..Q.H.H. L.I. + 1 abdominal.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC).
-

1985

- * 1.- C.H.L. H Nº.. Q.H.H. 2L.I. parcialmente calcificados.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA).
 - * 2.- G.R.R. H Nº.. Q.H.H. L.D. calcificado
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONALE (C).
 - * 3.- P.M.R. H Nº.. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC).
 - * 4.- P.V.J. V Nº.. Q.H.H. L.D.multivesicular gigante.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL (O)+DRENAJE KEHR (DVBE).
 - * 5.- H.S.A. H Nº.. Q.H.H. L.I. gigante.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) + SUTURA FISTULA BILIAR (VBI).
 - * 6.- I.F.M. V Nº.. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 7.- J.A.M.E.V Nº.. Q.H.H. 1L.D. calcifi
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 8.- S.L.G. H Nº.. Q.H.H. L.D. multivesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO).
-

1986

- * 1.- M.S.L.G.H Nº.. Q.H.H. L.D. gigante multivesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) + CAPITONAJE(C).
- * 2.- I.T.S. H Nº.. Q.H.H. 2L.D.gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+MARSUPIALIZACION (M).
- * 3.- L.G.P. H Nº.. Q.H.H. L.D. multivesicular+colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO).
- * 4.- M.P.C. H Nº.. Q.H.H. multivesicular
MARSUPIALIZACION (M).
- * 5.- M.P.C. V Nº.. Q.H.H. L.D. colelitiasis. Fístula biliar
COLECISTECTOMIA (CO)+PAPILOTOMIA (O)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- * 6.- L.B.S. H Nº.. Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+MARSUPIALIZACION 2(M).

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 18

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 17

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 17

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 1

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 9

Abierta (QPTA) : 4

Cerrada (QPTC): 5

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 6

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 2

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 2

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 2

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 5

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 18

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 3

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 1

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 18

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 8

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 8

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 4

- Abierta (QPTA) : 2
- Cerrada (QPTC): 2
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 5

QUISTOYEURONOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 18

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 6

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 6

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 2
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

SERVICIOS ENCUESTADOS: 19-20

1984

- * 1.- H.C.J. V Nº. 1608070072. Q.H.H.L.D. perforado V.B.D.+colelitiasis
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR(DVBE)
SUTURA FISTULA BILIAR (VBI).
- * 2.- M.C.R. V Nº. 15012301977.Q.H.H. 3L.D. Cirrosis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 3.- B.C.C. H Nº. 20010803440.Q.H.H. 1L.H. 1L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+SUTURA FISTULA (VBI)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- * 4.- MC.C.S.H Nº. 4302704380. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE TRANCISTICO (DVBE).
- * 5.- A.F.R. V Nº.46021403894. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA
(CO)+SUTURA FISTULA (VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- * 6.- A.M.C. V Nº.25120403400. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- * 7.- D.I.C. V Nº.39122302694. Q.H.H. en lecho vesicular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 8.- C.A.M. H Nº.25120403400. Q.H.H. 1L.D. 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+SUTURA FISTULA(VBI).
- * 9.- L.F.P. H Nº.12031302405. Q.H.H. perforado V.B.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR(DVBE)
- *10.- A.O.B. V Nº.200804. Q.H.H. L.D.gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *11.- M.F.B. V Nº.59121604274. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
CIERRE FISTULA (VBI)+ DRENAJE KEHR (DVBE).
- *12.- C.M.F. H Nº.18043002365. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
- *13.- M.S.L. V Nº.44012503734. Q.H.H. L.D. parcialmente calcificado.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO)
- *14.- D.C.F. H Nº.56101106389. Q.H.H. 1L.D y otro Sg.IV
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
HEPATICO YEYUNOSTOMIA (CY).
- *15.- A.V.L. V Nº.22091102690. Q.H.H. L.D.gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA (VBI)+DRENAJE KEHR(DVBE).
- *16.- J.B.J. V Nº.46112604518. Q.H.H. L.D.calcificado
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *17.- JF.V.R.V Nº.57120403971. Q.H.H. L.D.gigante multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
PLICATURA (C)+ CIERRE FISTULA (VBI).
- *18.- J.B.M. V Nº.52030704458. Q.H.H. L.D.vesiculas en coledoco
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROTOMIA TRANSDUODENAL (O).
- *19.- M.R.D. V Nº.64021804036. Q.H.H. L.I.colelitiasis

- QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)
CAPITONAJE (C).
- *20.- E.B.M. V N°.14062502299. Q.H.H. L.D.gigante multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *21.- P.R.M. H N°.511180948. Q.H.H. infectado+colelitiasis
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *22.- P.L.S. H N°.37012504909. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
- *23.- JA.M.P.V N°.5304210600. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C).
- *24.- F.S.G. V N°.19010102574. Q.H.H. L.I.gigante+2Q.H abdominales
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *25.- F.B.V. H N°.150406. Q.H.H.+cirrosis+ulcus duo.
MARSUPIALIZACION (M) + COLECISTECTOMIA (CO)
- *26.- M.S.T. H N°.32102304509. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *27.- A.M.A. H N°.47121105829. Q.H.H. L.D.
PERIQUISTORESECCION (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
- *28.- S.H.S. H N°.49022306182. Q.H.H. 4L.D.+2L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 5(QPI)+COLECISTECTOMIA
(CO)+PERIQUISTORESECCION (QPTN)+CAPITONAJE (C).
- *29.- M.C.A. V N°.38092103496. Q.H.H. L.I+ ca.gástrico
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+GASTRECTOMIA
- *30.- C.D.M. H N°.1122-2. Q.H.H. L.I. gigante
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA (VBI)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- *31.- T.R.B. V N°.1128-4. Q.H.H. L.D.gigante+colelitiasis
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
SUTURA FISTULA (VBI)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- *32.- D.I.A. V N°.19111902696. Q.H.H. L.D. calcificado
PERIQUISTORESECCION (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR(DVBE)
- *33.- C.V.L. H N°.44121905902. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA
(CO)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *34.- JL.O.M.V N°.46090402990. Q.H.H. L.I.
PERIQUISTORESECCION (QPTN).
- *35.- C.R.S. H N°.60120305500. Q.H.H. L.C. multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA
(CO).
- *36.- B.T.A. H N°.21010403640. Q.H.H. 1L.I.+ 1L.D.mastic.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+PERIQUISTORESECCION
(QPTN)).
- *37.- S.M.G. V N°.47121104378. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C)+
COLECISTECTOMIA (CO)
- *38.- R.A.R. H N°.44080205763. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *39.- M.P.S. H N°.31100205449. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIAR (VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *40.- MG.A.G.H N°.61043090089. Q.H.H. L.D.

QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO).

- *41.- J.A.C. V Nº.74071903010. Q.H.H. L.I.+ LD
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- *42.- B.D.G. H Nº.67010705149. Q.H.H. L.D
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
SUTURA FISTULA (VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *43.- A.S.G. H Nº.23092190066. Q.H.H. 3L.D. uno calcif.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO).
- *44.- AM.M.A H Nº.63020904801. Q.H.H. L.D
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *45.- MT.C.C.H Nº. 54062904478. Q.H.H. L.D. gigante multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *46.- E.M.C. V Nº. 42071590055. Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *47.- ER.S.J.V Nº.42030303116. Q.H.H. L.D.perfirada V.B.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR (DVBE)
- *48.- MA.G.B.V Nº.48102105617. Q.H.H. multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO).
- *49.- C.V.M. H Nº.58050790009. Q.H.H.L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *50.- P.M.V. V Nº.570626. Q.H.H. L.D. supur.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO)
- *51.- J.C.M. V Nº.21102003591. Q.H.H. L.D.infectado perforado colon.
PERIQUISTORESECCION (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)+COLEDOCO-
DUODENOSTOMIA (CY).
- *52.- A.P.M. H Nº.56080606727. Q.H.H. Seg. IV. abscesificado.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *53.- C.M.S. H Nº.33021800208. Q.H.H. L.I.
SEGMENTECTOMIA LATERAL IZQUIERDA (S)
- *54.- S.M.S. V Nº.29013004399. Q.H.H. L.I.gigante
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *55.- E.M.C. V Nº.3009110010. Q.H.H. + Q.H abdominales
COLEDOCODUODENOSTOMIA (CY).

1985

- * 1.- E.M.A. V Nº.34091400335. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- * 2.- A.U.M. V Nº.501220590018. Q.H.H. 2L.D. uno calcificado
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
SUTURA FISTULA (VBI)+ DRENAJE KEHR (DVBE).
- * 3.- F.S.R. H Nº.1510120023. Q.H.H. L.D. pediculado
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- * 4.- N.C.G. V Nº.51100590034. Q.H.H. en hileo calcifi. Q.H.epiplon.

- QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+ EXTIRPACION DEL
EPIPLOICO COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- * 5.- F.J.G.L.V Nº.73112303795. Q.H.H. L.D. multive.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- * 6.- C.G.P. H Nº.19110503042. Q.H.H. L.D y seg. IV. Gigante.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA
(CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- * 7.- A.S.M. V Nº.30052004430. Q.H.H. L.D.calcif.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- * 8.- J.M.S. V Nº.32080903394. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CIERRE FISTULA(VBI)
- * 9.- E.G.E. V Nº. . Q.H.H. L.D. gigante multiv.
MARSUPIALIZACION (M)+CAPITONAJE (C).
- *10.- J.M.G.H.V Nº.3002280034. Q.H.H. 2 pedículo hepático
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *11.- C.M.B. V Nº.32061804292. Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- *12.- V.R.M. H Nº.20091503840. Q.H.H. L.D gigante.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
SUTURA FISTULA (VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *13.- A.P.P. H Nº.37090490061. Q.H.H. L.I. bazo y
Douglas,múlti.peritoneales.
MARSUPIALIZACION (M)+ESPLENECTOMIA+EXTIRPACION PERITONEALES
- *14.- I.R.R. H Nº.41122303947. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA
(QPI)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA
TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE TRANSCISTICO(DVBE).
- *15.- R.L.Z. V Nº.21120503899. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA
(CO)+
- *16.- J.B.M. H. Nº.50031905607. Q.H.H. Seg.IV.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- *17.- V.M.R. V Nº.24033004295. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- *18.- F.C.B. H Nº.12051802603. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *19.- A.G.L. V Nº. . Q.H.H. L.D. calcifi.mastic. .
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *20.- A.R.V. H Nº.70052090196. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *21.- J.R.L. V Nº.53070804230. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *22.- I.C.V. H Nº.41101804748. Q.H.H. L.I. 2L.I. 1Ligamento falciforme.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+SUTURA FISTULA(VBI)+
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO) + DRERNAJE
TRANCISTICO (DVBE).
- *23.- J.G.M. V Nº.45052603058. Q.H.H. 1L.D. 1L.I.

- MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA(CO)+DRENAJE KEHR(DVBE)
- *24.- I.B.C. H Nº.30061205790. Q.H.H. L.D. multiv.+colelitiasis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *25.- M.P.M. H Nº.460416. Q.H.H. 2L.D.infestado.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *26.- P.A.G. V Nº.150922. Q.H.H. L.D. calcificado.colecistitis.
COLECISTECTOMIA (CO)
- *27.- A.T.L. V Nº. 36032504630. Q.H.H. L.I. enferm. de Caroli segmentaria
HEPATECTOMIA IZQUIERDA REGLADA(HIR)+COLECISTECTOMIA (CO)
-

1986

- * 1.- A.Q.R. H Nº.32041905922. Q.H.H. L.D. multiv.y calcif.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- * 2.- B.S.V. H Nº.370228. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- * 3.- J.J.A.N.V Nº.52012505738. Q.H.H. adosado a vesícula
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 4.- M.A.D.P.V Nº.44090890076. Q.H.H. 1L.I. otro junt a vesícula.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIAR (VBI)
- * 5.- E.A.D. V Nº.25030305174. Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 3(QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIAR (VBI).
- * 6.- M.C.C.D.H Nº.16032702963. Q.H.H. L.D
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- * 7.- A.M.C. V Nº..Q.H.H. L.I. parcialmente calcif,
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- * 8.- J.S.M. H Nº..Q.H.H. L.D. calcifi.
MARSUPIALIZACION (M)
- * 9.- J.G.N. V Nº.7409040556. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *10.- A.T.M.M.H Nº..Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *11.- J.S.S. V Nº.44073104774. Q.H.H. L.I. multiv.vesi.en colédoco.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIAR(VBI)+DRENAJE KEHR(DVBE).
- *12.- F.R.C. V Nº.64070705590. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- *13.- J.C.C. V Nº.58082805552. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *14.- A.M.C.C.H Nº.57040207269. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *15.- C.M.A. V Nº.13030403430. Q.H.H. Ca de recto
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- *16.- M.M.C. H Nº.621001909. Q.H.H. y múltiple peritoneal.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+EXTIRP.PERITONE.
- *17.- A.C.S. H Nº.26030105443. Q.H.H. L.D. hidát. en colédoc. calcif.

- DRENAJE KEHR (DVBE).
- *18.- J.R.S. V Nº.20052703917. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
SUTURA FISTULA(VBI)+DRENAJE KEHR(DVBE).
- *19.- C.S.P. V Nº.11042703051. Q.H.H. 2L.I. 1L.D.multiv.gigante.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIAR(VBI)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- *20.- C.R.A. H Nº.38082304162. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- *21.- F.G.P. H Nº.15091303582. Q.H.H. 1L.I.+1L.D+1Seg.IV. colecistitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA
(CO)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN) + DRENAJE
TRANSCISTICO (DVBE)
- *22.- M.N.R. H Nº.430109. Q.H.H. L.I.multiv. vesí.coléd.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *23.- I.C.V. H Nº.4101804748. Q.H.H.abscesificado y fistulizado
MARSUPIALIZACION (M).
- *24.- J.M.M. V Nº.49052504815. Q.H.H. múltiples abdominales.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIARES (VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
- *25.- I.C.G. H Nº.60061306470. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *26.- J.M.S.M.V Nº.48011606913. Q.H.H. 2L.D. uno calcif.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+SUTURA FISTULA(VBI)+
DRENAJE KEHR (DVBE)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *27.- A.D.G. V Nº.14081803216. Q.H.H. L.D. infectado y multivesí.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA BILIAR (VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO(DVBE).
- *28.- M.C.S. V Nº.39011904118. Q.H.H. L.D. quistes en epiplón.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
SUTURA FSITULA BILIAR(VBI)+DRENAJE TRANSCISTICO (DUVE).
- *29.- A.R.D. V Nº.62121204736. Q.H.H. 2L.D. ambos mastic.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 2 (QPI)
- *30.- C.H.M. H Nº.24043104882. Q.H.H. L.D. Q.H. de bazo.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- *31.- A.J.G. V Nº..Q.H.H. L.D. infectado.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIOS ENCUESTADOS: 19-20

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 113

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 113

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 1
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 26

- Abierta (QPTA) : 6
- Cerrada (QPTC): 4
- No consta(QPTN): 16

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 87

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 3

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 18

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 6

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 44

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 33

COLECISTECTOMIAS (CO): 72

AÑO: 1984

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 19-20

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 55

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 55

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 13

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 3

No consta(QPTN): 9

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 49

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 3

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 5

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 19

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 20

COLECISTECTOMIAS (CO): 40

AÑO 1985

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 19-20

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 27

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 27

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 1
 - Atípica (HIA) : 0
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 5

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 16

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 9

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 12

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 4

COLECISTECTOMIAS (CO): 17

AÑO: 1986

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 19-20

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 31

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 31

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 8

- Abierta (QPTA) : 4
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 4

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 22

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 13

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 9

COLECISTECTOMIAS (CO): 15

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 21

1984

- * 1.- R.P.S. H Nº.. Q.H.H. 2L.I
MARSUPIALIZACION 2(M).
 - * 2.- J.V.G. V Nº.. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C).
-

1985

- * 1.- JL.C.S.V Nº..Q.H.H. L.D. multivws.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C).
-

1986

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 21

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 2

QUISTOYEUOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 2

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 21

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEUOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 21

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 1

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 22

1984

- 1.- J.A.M. V Nº.. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
 - 2.- V.R.H. H Nº.. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 3.- P.N.M. H Nº.. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
-

1985

- 1.- M.M.M. H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE TRANSCISTICO (DVBE).
 - 2.- ML.A.G.H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 3.- C.V.G. V Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 4.- P.P.C. H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 5.- M.S.V. H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 6.- F.B.P. F Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 7.- J.G.A. V Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1986

- 1.- R.M.C. H Nº..Q.H.H. infectado.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO: 22

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 11

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 Reglada (HDR) :
 Atípica (HDA) :
 No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 Reglada (HIR) :
 Atípica (HIA) :
 No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3
 Abierta (QPTA) : 0
 Cerrada (QPTC): 0
 No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 8

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 22

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 22

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 7

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 22

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 23

1984

- 1.- T.A.F. H Nº... Q.H.H.
 QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1985

- 1.- E.G.S. V Nº... Q.H.H. con tránsito hepatotorácico.
 MARSUPIALIZACION (M).
2.- F.V.M. V Nº... Q.H.H. L.D.
 MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+
 DERNAJE DE KEHR (DVBE).
3.- A.G.S. V Nº... Q.H.H.
 QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
-

1986

- 1.- C.G.G. H Nº... Q.H.H.
 QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
2.- L.P.V. H Nº... Q.H.H.
 QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
3.- A.P.S. V Nº... Q.H.H.
 QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 23

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 7

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 0
Cerrada (QPTC): 0
No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 23

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 23

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 23

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 24

1984

- 1.- MD.M.F.H Nº... Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 2.- L.R.A. H Nº... Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 3.- MC.M.P.H Nº... Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 4.- F.P.M. V Nº... Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)

1985

-
- 1.- Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 2.- P.G.R. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+DRENAGE BILIAR(DVBE).
 - 3.- MS.J.H.H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - 4.- MG.F.M.H Nº...Q.H.H. 4 Q.
MARSUPIALIZACION 3(M)+QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+
COLECISTECTOMIA (CO).
 - 5.- R.F.F. V Nº...Q.H.H. 1 Q. + 1 L.D. 1 Q.calcifi.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)=MARSUPIALIZACION (M)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
 - 6.- D.S.P. V Nº...Q.H.H. multivesí.
QUISTORRESECCION (Q)+DRENAJE KEHR (DVBE).

1986

-
- 1.- E.P.A. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 2.- Nº...Q.H.H. calcifi.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+EPIPOPLASTIA (E)
 - *3.- M.H.R. V Nº...Q.H.H. L.I.
QUISTORRESECCION (Q)+ DRENAJE KEHR (DVBE).

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 24

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 13

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 3

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 24

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 24

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 6

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 2

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 24

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 25

1984

- 1.- B.J.F. V Nº.54724. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 2.- A.L.S. V Nº.158168. Q.H.H. Eventración.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 3.- M.G.V. H Nº.11672. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 4.- MA.R.A.H Nº.18401. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 5.- V.S.S. V Nº.94664. Q.H.H. obstrucción por membranas coléd.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROTOMIA (O)
- 6.- E.G.E. H Nº.36435. Q.H.H. 2L.D. obstrucción por membranas colé.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 7.- J.P.C. V Nº.158749. Q.H.H. 3Q.+ colelitiasis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)+
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 8.- J.L.J. H Nº.36075. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 9.- MP.M.L.H Nº.142512. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
- 10.- B.P.V. V Nº.160242. Q.H.H. L.M.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 11.- J.S.M. V Nº.160728. Q.H.H. + coledocolitiasis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
COLEDOCODUODENOSTOMIA (CY).
- 12.- M.R.A. V Nº.38593. Q.H.H. hidatidosis múltiple peritoneal
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+EXTIRPACIONES
MULTIPLES.
- 13.- T.P.E. V Nº.161630. Q.H.H. colecistolitiasis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
- 14.- A.H.H. H Nº..Q.H.H. calcificado.
MARSUPIALIZACION (M).
- 15.- J.C.P. V Nº.113352. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
- 16.- P.C.C..V Nº.130982. Q.H.H. L.D. hidatidosis abdominal.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+EXTIRPACION ABDOMINAL
- 17.- P.M.M. V Nº.11294. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).

1985

- * 1.- P.S.J. V Nº.45.973. Q.H.H. múltiples + Colelitiasis.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA (HIN)+COLECISTECTOMIA (CO).

- * 2.- N.B.M. V Nº.22311. Q.H.H. L.I. comunicado a vias biliares.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA (HIA)+COLECISTECTOMIA (CO)+
COLEDOCYESTOMIA (CY)..
- 3.- M.R.G. V Nº..Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 4.- S.A.C. H Nº.108094. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- 5.- MP.A.A.H Nº.175490. Q.H.H. múltiple.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
+QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN).
- 6.- V.B.H. V Nº.40345. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROTOMIA (O).
- 7.- C.M.E. V Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 8.- L.R.M. V Nº.75456 .Q.H.H. calcific.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 9.- AM.B.R.H Nº.4514. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 10.- E.S.B. V Nº.166266.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 11.- JL.I.C.V Nº.101732.Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 12.- JC.M V Nº.41076. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 13.- E.M.G. V Nº.27986. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 14.- T.F.R. V Nº.90328. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
- 15.- A.H.H. H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 16.- J.G. V Nº.37429.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 17.- A.A.B. H Nº.16902. Q.H.H. L.D. Y L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 18.- E.M.P. V Nº.41319. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 19.- B.H.H. H Nº.8265. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- 20.- MJ.H.G. Nº.41415. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 21.- L.B.A. V Nº.3742. Q.H.H. y Esplénica + abdominal.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESPLENECTOMIA.
- 22.- A.A.G. V Nº.119884. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 23.- E.C.A. H Nº.42313. Q.H.H. calcifi.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 24.- E.H.A. H Nº.169790. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).

- 25.- M.G.M. V Nº.5713. Q.H.H. + colelitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
26.- MF.G.H.H Nº.43223. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
27.- R.C.A. V Nº.45519. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC).
28.- C.M.S. H Nº.45831. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
29.- MA.R.M.H Nº.161138. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 3(QPTN)
-

1986

- 1.- D.M.B. V Nº.53908. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
2.- M.B.B. V Nº.47047. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
3.- J.C. V Nº.31524. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
4.- JA.M.O.V Nº.41225. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
5.- L.C.B. H Nº.41351. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
6.- F.G.M. V Nº.161130. Q.H.H. colelitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN))+COLECISTECTOMIA (CO)
7.- MT.M.T.H Nº.160186. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
8.- C.E.M. V Nº.69026. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
9.- M.S.C. H Nº.55142. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
10.- A.B.R. H Nº.12624. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
11.- E.H.R. V Nº.54049. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
12.- T.A.D. H Nº.53395. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
13.- D.M.B. V Nº.53908. Q.H.H.
SEGMENTECTOMIA (S).
14.- M.S.G. V Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 25

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 60

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 2

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 1

No consta(HIN): 1

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 19

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 2

No consta(QPTN): 17

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 45

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 2

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 2

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 18

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 25

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 17

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 5

Abierta (QPTA) : 0
Cerrada (QPTC): 1
No consta(QPTN): 4

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 13

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 7

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 25

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 29

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI): 2
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 1
 - No consta(HIN): 1

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 13

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 12

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 20

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 7

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 25

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 14

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 12

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 26

1984

- * 1.- V.V.F. H Nº.123782. Q.H.H. L.D. mastic.colecistitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 2.- J.S.S. V Nº.74753. Q.H.H. L.D. carcinoma gástrico
RESECCION GASTRICA.
 - * 3.- M.S.H. H Nº.128016. Q.H.H. L.I. calcifica parcial.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+
CAPITONAJE (C).
 - * 4.- A.N.M. V Nº.159479. Q.H.H. L.D. supurado.
VACIAMIENTO Y DRENAJE (M).
 - * 5.- C.G.G. H Nº.159479. Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION 2(M)
 - * 6.- G.T.T. V Nº.79405.Q.H.H. L.I.operado+ostrucción colédoco
HEPATECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA (HIA)+COLECISTECTOMIA (CO)
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
 - * 7.- M.B.L. V Nº.94325. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
CAPITONAJE (C)+ DRENAJE KEHR (DVBE).
 - * 8.- P.G.M. H Nº.108417. Q.H.H. L.I.
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 9.- M.E.T. V Nº.70120. Q.H.H. L.D. calcifi.
MARSUPIALIZACION (M)+CAPITONAJE (C)
 - *10.- J.S.I. H Nº.169134. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *11.- M.G.C. H Nº.169970. Q.H.H. 4L.D.+ 1L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION 3(M).
 - *12.- N.D.L. H Nº.172658. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - *13.- C.V.L. H Nº.170529. Q.H.H. L.D.+colecistitis.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
-

1985

- * 1.- M.M.M. V Nº.87832. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)+CAPITONAJE (C)+COLECISTECTOMIA (CO).
DRENAJE TUBO KEHR (DVBE).
- * 2.- P.R.G. H Nº.174528.Q.H.H. L.I. multives.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- * 3.- T.S.R. H Nº.72.736.Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)
- * 4.- R.M.G. V Nº.88379. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 5.- L.M.L. V Nº.129077.Q.H.H. L.I +L.D.
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO).

- * 6.- NI.G.G.H Nº.178158. Q.H.H. 2L.D. membranas colédoco.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROPLASTIA (O)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- * 7.- F.C.R. V Nº.178901. Q.H.H. L.I y pulmonar.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 8.- E.R.H. V Nº.177144. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR (DVBE)
- * 9.- J.A.A. V Nº.128849. Q.H.H. L.I+Q.lig.red.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
MARSUPIALIZACION (M).
- *10.- F.B.V. V Nº.175311. Q.H.H. L.I. gigante. multiv.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA (HIA)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *11.- G.D.G. H Nº.158312. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *12.- S.P.H. V Nº.105645. Q.H.H. 5L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 4(QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)+
MARSUPIALIZACION (M)+CAPITONAJE (C)+SUTURA FISTULA (VBI)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *13.- T.E.G. V Nº.174617. Q.H.H.+ cirrosis.
LAPARATOMIA.
- *14.- MB.O.G H Nº.130285. Q.H.H. L.M.univ.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- *15.- V.L.F. H Nº.159051. Q.H.H. y peritoneal
MARSUPIALIZACION (M)+EXTIRPACION PERITONEALES.
- *16.- M.G.G. V Nº.83507. Q.H.H. 3L.D.colelitiasis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CAPITONAJE (C)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- *17.- L.M.M. V Nº.161591. Q.H.H. 1L.D. gigante.+ 1L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CAPITONAJE (C)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- *18.- I.S.H. H Nº.102268. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *19.- MA.H.D.H Nº.134545. Q.H.H.L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- *20.- AR.C.A.V Nº.135100. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR (DVBE)
- *21.- E.I.A. H Nº.179810. Q.H.H. L.I.gigante.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA REGLADA (HIR)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *22.- T.M.S. V Nº.178334. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *23.- S.M.A. V Nº.136576. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C).
- *24.- A.D.M. V Nº.157402. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- *25.- E.R.H. V Nº.174655. Q.H.H. L.D. abscesificado.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *26.- A.C.V. V Nº.137.267. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).

1986

- * 1.- F.M.S. V Nº.106.791. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- * 2.- C.R.E. H Nº.124868. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
- * 3.- A.S.T. V Nº.142405. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
- * 4.- A.C.J. V Nº.135912. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
- * 5.- MP.R.H.H Nº. 81226. Q.H.H. 1L.D.+1L.I.
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR(DVBE)
- * 6.- P.S.B. H Nº.148050. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2(QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO).
- * 7.- P.C.P. V Nº.152512. Q.H.H. 1L.I. +1L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C)+
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR (DVBE).
- * 8.- M.G.A. H Nº.102614. Q.H.H. L.D. colelitiasis
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
- * 9.- R.L.L. V Nº.181542. Q.H.H. L.I. gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA(VBI)+ DRENAJE KEHR (DVBE).
- *10.- P.M.G. V Nº. 92828. Q.H.H. 2L.D. y 1LI.
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO)+CAPITONAJE 2(C)+
SUTURA FISTULA BILIAR (VBI)+DRENAJE DE KEHR.
- *11.- JA.A.A.V Nº.135831. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) + CAPITONJE (C)
COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KERH (DVBE).
- *12.- A.G.H. V Nº.136468. Q.H.H.1L.D + 1L.I
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+DRENAJE KEHR(DVBE).
- *13.- J.C.I. V Nº.177355. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M).
- *14.- F.E.A. H Nº.153158. Q.H.H. L.D. hidati.en colédo.
MARSUPIALIZACION (M)+DRENAJE (KEHR).
- *15.- M.B.B. V Nº..Q.H.H. 2Q.H.
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA(CO)+ PAPILOTOMIA(O)
- *16.- E.F.N. H Nº.139824. Q.H.H. L.D. gigante.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC).
- *17.- S.R.L. H Nº.142268. Q.H.H. L.I+ca.gástrico.
LAPARATOMIA.
- *18.- I.G.I. V Nº.143346. Q.H.H. L.I. gigante+ 2L.D.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA (HIN)+MARSUPIALIZACION 2(M)+
COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE DE KEHR (DUVE).
- *19.- A.C.J. V Nº.135912. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+CAPITONAJE (C).
- *20.- MP.R.H.H Nº.81226. Q.H.H. 1L.I.+ 1L.D.
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR(DVBE)
- *21.- M.A.C. H Nº.131458. Q.H.H. L.I. vesículas en colédoco.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).

- *22.- J.G.A. H Nº.85812. Q.H.H. 2L.I.+1L.D. hipertension portal segmentaria
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION (M)+
DRENAJE DE KEHR (DVBE).
 - *23.- F.M.S. V Nº.106791. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *24.- P.M.G. V Nº.92828. Q.H.H. 2L.D.colecistitis. q. bazo
MARSUPIALIZACION 2(M)+COLECISTECTOMIA (CO)+SUTURA FISTULA(VBI)
DRENAJE KEHR (DVBE)
 - *25.- S.P.S. V Nº.50296. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - *26.- P.S.B. H Nº.148050. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+COLECISTECTOMIA (CO)+
SUTURA FISTULA (VBI).
 - *27.- M.M.G. H Nº.102422. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+DRENAJE KEHR(DVBE)
 - *28.- P.C.P. V Nº.152512. Q.H.H. 1L.I.+1L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
CIERRE FISTULA (VBI)+CAPITONAJE(C)+MARSUPIALIZACION (M)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - *29.- M.G.A. H Nº.102614. Q.H.H. L.D.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - *30.- J.R.M. V Nº.50154. Q.H.H. mastic.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
ESFINTEROTOMIA (O)+ DRENAJE KEHR (DVBE).
 - *31.- R.L.L. V Nº.181542. Q.H.H. L.I. gigante.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - *32.- C.R.E. H Nº.124868. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+CAPITONAJE (C)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - *33.- A.S.T. V Nº.142405. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 26

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 72

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 72

RESECCIONES HEPATICAS (R): 4

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 4

Reglada (HIR) : 1

Atípica (HIA) : 2

No consta(HIN): 1

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 13

Abierta (QPTA) : 2

Cerrada (QPTC): 10

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 36

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 42

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 15

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 31

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 3

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 6

COLECISTECTOMIAS (CO): 40

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 26

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 13

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 13

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 1

No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 6

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 10

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 3

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 5

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 26

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 26

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 26

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 2 .

Reglada (HIR) : 1

Atípica (HIA) : 1

No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 4

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): -4

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 16

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 12

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 5

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 12

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 15

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 26

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 33

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 33

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 9

Abierta (QPTA) : 2

Cerrada (QPTC): 6

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 14

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 20

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 7

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 18

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 2

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 5

COLECISTECTOMIAS (CO): 20

SERVICIOS ENCUESTADOS: 27-28-29-30

1984

- 1.- C.C.C. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
 - 2.- F.N.D. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
EPIPLPLASTIA (E).
 - 3.- E.A.G. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - 4.- A.P.A. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 5.- F.A.P. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - 6.- JA.P.A.V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
 - 7.- A.B.P. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+EPIPLOPLASTIA (E).
 - 8.- P.M.S. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - 9.- T.A. H Nº...Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
 - 10.- R.N.C. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
 - 11.- T.Q.L. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
 - 12.- C.F.F. H Nº...Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
-

1985

-
- 1.- E.C.P. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - 2.- I.R.G. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTC)
 - 3.- M.R.S. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
EPIPLOPLASTIA (E).
 - 4.- A.V.V. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)

1986

- 1.- V.N.V. V Nº...Q.H.H. infectado

- 2.- B.T.R. H Nº...Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
- 3.- M.H.C. V Nº...Q.H.H. infectado
MARSUPIALIZACION (M)
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 4.- V.V.C. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 5.- .F.F.S.V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO)+
PAPILOTOMIA (O).
- 6.- M.J.A. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 7.- R.T. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+EPIPOPLSTIA (E).
- 8.- A.M.M. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 9.- R.R.J. V Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+EPIPLOPLASTIA (E).
- 10.- R.G.R. H Nº...Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M) + COLECISTECTOMIA (CO)
- 11.- MC.H.Q.H Nº...Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
- 12.- F.A.R. V Nº...Q.H.H. 2 Q.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 2 (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 13.- A.M. H Nº...Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- 14.- J.A.A V Nº...Q.H.H.
QUISTOYEYUNOSTOMIA (CY).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 27-28-29-30

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 30

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 17

Abierta (QPTA) : 7

Cerrada (QPTC): 5

No consta(QPTN): 5

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 6

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 5

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 7

AÑO: 1984

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 27-28-29-30.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 12

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 8

- Abierta (QPTA) : 4
- Cerrada (QPTC): 3
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 2

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 27-28-29-30.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 2

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIFLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIOS ENCUESTADOS Nº: 27-28-29-30.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 14

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 6

Abierta (QPTA) : 2

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 4

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 2

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 5

SERVICIO ENCUESTADO Nº. 31

1984

-
- 1.- A.R.R. V Nº.363426.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
 - 2.- T.C.V. V Nº.340041.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 3.- F.G.C. V Nº.383507.Q.H.H.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA (HIA).
 - 4.- C.F.C. V Nº.384387.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
-

1985

-
- 1.- J.A.M. V Nº.394081.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
 - 2.- A.A. V Nº.397236.Q.H.H.
NO CONSTA.
 - 3.- J.V.M. V Nº.388030.Q.H.H.
SEGMENTECTOMIA DEL II Y III. (HIN)
 - 4.- D.M.S. H Nº.388385.Q.H.H. ictericia obstructiva.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)COLECISTECTOMIA (CO)+
PAPILOTOMIA (O)+ LOBECTOMIA SEGMENTARIA (HIN)
 - 5.- J.B.G. V Nº.388938.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 6.- I.C.R. H Nº.316061.Q.H.H. y bazo.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+ESPLENENCTOMIA
 - 7.- T.R.M. H Nº.397866.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 8.- D.P. V Nº.314675.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
-

1986

-
- 1.- S.T V Nº.261225.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 2.- J.M.R. V Nº.403387.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 10.- R.J.R. R Nº.404059.Q.H.H.
EXTRACCIO CALCULO HEPATICO.

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 31

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 15

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 3

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 1

No consta(HIN): 2

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEURONOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 9

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 31

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 1

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 31

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 8

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 2

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 2

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 31

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 32

1984

- 1.- M.F.G. V Nº.380329.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
 - 2.- M.G.A. H Nº.249113.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
PAPILOTOMIA (O).
-

1985

- 1.- M.G. V Nº.332465.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
-

1986

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 32

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :
Cerrada (QPTC):
No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 32

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :
Cerrada (QPTC):
No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 32

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D (HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta (HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I (HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta (HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta (QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 33

1984

- * 1.- M.R.L. V Nº.374896. Q.H.H. L.I. multivesic.
QUISTORRESECCION (Q).
 - * 2.- J.Q.M. V Nº.384572. Q.H.H. múltip. multiv.
QUISTORRESECCION (QR).
 - * 3.- F.S.T. V Nº.195175. Q.H.H. 5L.D.+4L.I.
QUISTORRESECCION IZQUIERDA+MARSUPIALIZACION 3(M)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI).
 - * 4.- M.M.A. H Nº. 25911. Q.H.H. 2LD. multiv.
QUISTORRESECCION (QR).
 - * 5.- E.P.P. V Nº.379575. Q.H.H. L.I. gigante multivesi.
QUISTORRESECCION (QR).
 - * 6.- F.C.T. V Nº.368958. Q.H.H. 5L.D. 1L.M. 1LI
HEPATECTOMIA DERECHA REGLADA(HDR)+MARSUPIALIZACION (M)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 7.- E.P.M. H Nº.373185. Q.H.H. L.D.
QUISTORRESECCION (QR)+EPIPLOPLASTIA (E).
 - 8.- M.V.R. V Nº.371979. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 9.- D.L.B. H Nº.36285. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
-

1985

- * 1.- A.B.R. V Nº.377583. Q.H.H. L.D. abscesificado gigante multiv.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 2.- A.B.R. V Nº.377583. Q.H.H. L.D. reintervención
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)
- * 3.- J.G.M. V Nº.337936. Q.H.H. L.D. multiv.gigante infectado multiv.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 4.- J.G.M. V Nº.337936. Q.H.H. reintervención
QUISTOYEYUNOSTOMIA (CY)
- * 5.- M.L.L.M.H Nº. 268686. Q.H.H. L.I. multivesicular
LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA (HIN)
- * 6.- M.G.M. V Nº. 332465. Q.H.H. 2L.I. multiv. calcif. mastic.
RESECCION LOBULO IZQUIERDO CLAMP DE LIN (HIA)
- * 7.- A.H.H. H Nº..Q.H.H. L.D. gigante, colelitiasis.
QUISTORRESECCION (QR)+COLECISTECTOMIA (CO)
- * 8.- A.H.M. V Nº.381896. Q.H.H. L.D. calcifi. multives.
SECTORECTOMIA DERECHA REGLADA (QR).
- * 9.- A.G.G. V Nº. 309945. Q.H.H. 2L.I. calcific.
SECTORECTOMIA LATERAL IZQUIERDA CLAMP DE LIN (QR)
- *10.- P.C.D. H Nº.389585. Q.H.H. L.D. gigante

- QUISTORRESECCION (QR).
- 11.- A.A.C. V Nº.399327.Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- 12.- Nº.377583.Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
- 13.- Nº.389585. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- 14.- A.M.P. H Nº.389247. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
-

1986

- * 1.- C.S.L. H Nº.406.685.Q.H.H. L.D.+ coledocolitiasis.
MARSUPIALIZACION (M)+ESFINTEROTOMIA (O)+EPIPLOPLASTIA.
- * 2.- E.R.G. V Nº.408134.Q.H.H. 1L.D. 1L.M.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+MARSUPIALIZACION (M)+
EPIPLOPLASTIA 2(E).
- * 3.- A.H.L. H Nº.398616.Q.H.H. 2L.D.multiv 1L.M mastic y calcific.
QUISTORESECCION (QR)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- 4.- Nº.377583. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 5.- J.M.P.F.V Nº.398861.Q.H.H.
QUISTORESECCION (QR).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 33

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 28

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 20

RESECCIONES HEPATICAS (R): 15

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 2

Reglada (HDR) : 2

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 3

Reglada (HIR) : 1

Atípica (HIA) : 2

No consta(HIN): 0

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR): 10

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 6

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 12

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 4

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 33

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 9

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 7

RESECCIONES HEPATICAS (R): 7

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 1
 - Reglada (HDR) : 1
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 6

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 33

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 14

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 10

RESECCIONES HEPATICAS (R): 6

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 1
 - Reglada (HDR) : 1
 - Atípica (HDA) : 0
 - No consta(HDN): 0

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 3
 - Reglada (HIR) : 1
 - Atípica (HIA) : 2
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 33

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 3

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 3

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 1

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO: 34

1984

- 1.- M.F.P. V Nº. 35800. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 2.- P.M.P. V Nº.375285. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
 - 3.- J.D.M. H Nº.155630. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
-

1985

- 1.- A.J.C. V Nº.357555. Q.H.H. + colelitis. +
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - 2.- MC.M. H Nº.393037. Q.H.H.
LAPARATOMIA
 - 3.- G.M.V. V Nº.394899. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 4.- Nº.306158.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - 5.- J.Z.H. V Nº.399181.Q.H.H.
-

1986

- 1.- S.E. V Nº.40298.Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
-
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 34

NÚMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA INTERVENIDOS: 9

NÚMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPÁTICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYBYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TÉCNICAS CONSERVADORAS (M): 5

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPÁTICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 34

NÚMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA INTERVENIDOS: 3

NÚMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPÁTICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TÉCNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPÁTICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 34

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 34

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 35

1984

- 1.- C.P.L. H Nº.375109. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+QUISTOYEYUNOSTOMIA (QY)
 - 2.- F.F.B. V Nº.257609. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 3.- G.M.P. H Nº.292064. Q.H.H.
LAPARATOMIA.
 - 4.- E.J.R. H Nº.386874. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 5.- M.G.G. V Nº.379248. Q.H.H.
LAPARATOMIA EXPLORADORA.
 - 6.- P.L.A. H Nº.237076. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
-

1985

- 1.- Nº.392168. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+COLEDOCYUYUNOSTOMIA (CY)
-

1986

- 1.- M.H. V Nº.398492. Q.H.H. + colelitis
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - 2.- J.M.L. V Nº.402517. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - 3.- J.M.R. H Nº.401223. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 4.- P.G.L. H Nº.409862. Q.H.H.
TORACOFRENOPLASTI (E).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 35

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 11

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

CISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 2

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 6

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 35

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 6

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 35

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 1

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 35

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI):

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TÉCNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 36

1984

* 1.- E.E.T. H Nº. . Q.H.H. 3 Q.

1985

1.- N.R. H Nº.306320. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)

1986

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 36

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 2

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 36

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 1

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 3

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 36

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 37

1984

- 1.- A.C.L. V. Nº. . Q.H.H + Absceso subfrénico.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA(QPTA) + CIERRE CAVIDAD
ASPIRACION Y DRENAJE DEL ABSCESO.
- * 2.- R.C.S. H. Nº.84.236. Q.H.H. L.I. multiv.
LOBECTOMIA IZQUIERDA REGLADA (HIR).
- 3.- M.D.B. V. Nº. . Q.H.H + coleistiasis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL(QPTN) + COLECISTECTOMIA (CO)
- * 4.- A.F.E. V. Nº.90.729. Q.H.H. multiv. con tránsito hepatotorácico
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL(QPI) + SEGMENTECTOMIA (S)+
EPIPLOPASTIA (E).
- * 5.- G.F.V. V. Nº. . Q.H.H seg.7. Transito hepatotorácico incompleto.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL(QPTN) + APENDICECTOMIA.
- 6.- A.G.M. H. Nº. . Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA 3/4 (QPI)+ COLECISTECTOMIA (CO)
- * 7.- E.G.G. H. Nº.84.107. Q.H.H. L.I. 7.500 c.c. fist. biliar.
LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA (HIN)+SUTURA FISTULA(VBI)
- 8.- C.L.C. V. Nº. Q.H.H y peritoneo. Peritonitis por rotura quiste hepático.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL(QPI) + EPIPLOPLASTIA (E)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL(QPI) + LAVADO PERITONEAL +
+ APENDICECTOMIA + COLECISTECTOMIA (CO).
- 9.- MD.L.L.H. Nº. . Q.H.H. doble.
QUISTORESECCION. (QR)
- 10.- P.L.T. V. Nº. . Q.H.H. posible hidatidosis pulmonar bilateral.
QUISTORESECCION. (QR)
- 11.- CP.L.P.H. Nº. . Q.H.H + Colecistitis crónica.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)
- 12.- P M F. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA CASI TOTAL(QPI) + TUNELIZACION.
- 13.- J.M.M. V. Nº. . Absceso hepático origen hidatídico.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI) + SUTURA FISTULA
BILIAR (VBI).
- 14.- F.M.L. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA. (QPI)
- 15.- MR.M.C.H. Nº. . Q.H.H. y esplénico
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL(QPI) + CAPITONAJE (C)+
+ESPLENECTOMIA.
- 16.- F.P.A. V. Nº. . Q.H.H. doble.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA. (QPI)
- 17.- J.S.S. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIAS PARCIAL(QPI) Y TOTAL (QPTN)+
+EPIPLOPLASTIA(E)
- 18.- E.S.C. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL(QPI)+CAPITONAJE BAJO TUBO
SILICONADO (C).
- 19.- S.S.B. H. Nº. . Q.H.H. Q.H.H.

QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL. (QPI)

- 20.- A.V.G. H. Nº. . Q.H.H.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA. (HIN)

1985

- 1.- P.A.P. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ABIERTA (QPTA)
- 2.- M.G.G. V. Nº. . Q.H.H.
RESECCION HEPATICA. TRISEGMENTECTOMIA (Seg. 2, 3 y 4). (S)
- 3.- J.A.E. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)
- 4.- B.A.S. H. Nº. . Q.H.H. múltiple.
QUISTORRESECCION (6 quistes) (QR)+QUISTOPERICISTECTOMIA
ABIERTA (QPI)
- 5.- J.A.E. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA (QPI) + TUNELIZACION.
- 6.- P.B.C. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 7.- M.C.G.E.H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERICISTECTOMIA ABIERTA. (QPI)
- 8.- M.A.G.F.V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL ABIERTA (QPI)
- 9.- P.L.R. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- 10.- F.N.I. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTECTOMIA (M)
- 11.- P.P.C. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI).
- 12.- J.S.S. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL CON TUNELIZACION (QPI).
- *13.- L.T.L. H. Nº. 58.427. Q.H.H. seg. 5
SEGMENTECTOMIA DEL 5º. Seg. (S)
- 14.- R.T.S. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL. (QPTN)
- *15.- T.A.M. H. Nº. 96.055. Q.H.H. L.I. multives. y multilocular
SEGMENTECTOMIA (S) (2, 3 y parcial del 4) +
COLECISTECTOMIA (C0).

1986

- 1.- M.B.C. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA CASI TOTAL (QPI) + TUNELIZACION.
- 2.- I.B.F. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL (QPI)+ TUNELIZACION.
- 3.- C.C.C. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI)+ EPIPLOPLASTIA (E)
- 4.- J.C.G. V. Nº. . Q.H.H. doble
QUISTORRESECCION (QR) Y QUISTOPERIQUISTECTOMIA (QPI)
- 5.- R.D.M. H. Nº. . Q.H.H. múltiple.

- QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC)+
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA(QPTA) + DRENAJE.
- * 6.- J.E.B. V. Nº.109.912. Q.H.H. L.D. multivesi. gigante.
HEPATECTOMIA DERECHA (HDN)
- 7.- E.G.J. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTORRESECCION (QR)
- 8.- D.G.A. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTORRESECCION (QR)
- 9.- F.G.G. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTAL(QPTN) Y SUBTOTAL(QPI)
- 10.- J.G.V. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI)
- 11.- M.J.G. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERQUIISTECTOMIA TOTAL ABIERTA(QPTA) +
COLECISTECTOMIA (CO).
- 12.- I.I.F. H. Nº. . Q.H.H. y peritoneal.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL(QPTN)+EXTRACION
QUISTES PERITONEALES
- 13.- J.G.L. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA CASI TOTAL (QPI).
- 14.- J.L.A. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL CERRADA (QPTC).
- 15.- M.M.M. H. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- 16.- J.M.M. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- 17.- JM.M.E.V. Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA SUBTOTAL (QPI).
- 18.- J.M.M. V. Nº. . Q.H.H.
QUISTORRESECCION Seg. 7 (QR).
- *19.- F.A.I. H. Nº.31.280. Q.H.H. L.D.ránsito hepatot.Q.Multive. y otro
Sgs,4.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) ,TUNELIZACION S.7y8
COLECISTECTOMIA (CO)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC).

TRIENIO 1984 - 1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 37

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 54

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 8

RESECCIONES HEPATICAS (R): 15

Hepatectomía Lobectomía D (HD): 1

Reglada (HDR): 0

Atípica (HDA): 1

No consta (HDN): 0

Hepatectomía o Lobectomía I (HI): 3

Reglada (HIR): 1

Atípica (HIA): 0

No consta (HIN): 2

Segmentectomía (S): 4

Quistorresecciones (QR): 7

QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTALES (QPT): 17

Abierta (QPTA): 4

Cerrada (QPTC): 3

No consta (QPTN): 10

QUISTOPERICISTECTOMIA INCOMPLATAS (QPI): 28

QUISTOYEYUNOSTOMIA Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJE (C): 2

EPIPLOPLASTIA O MIOPLASTIA (E): 4

DRENAJE VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 0

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 0

ACTUACION DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIA (CO): 7

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 37

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 20

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R): 6

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI): 3

Reglada (HIR) : 1

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 2

- Segmentectomías (S): 1

- Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 4

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 12

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 0

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 0

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 2

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 3

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 37

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 15

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 4

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S): 3

-.Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 4

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 37

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 19

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 5

- Hepatectomías Lobectomías D(HD): 1
 - Reglada (HDR) : 0
 - Atípica (HDA) : 1
 - No consta(HDN): 0

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR): 4

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 9

- Abierta (QPTA) : 2
- Cerrada (QPTC): 3
- No consta(QPTN): 4

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 1

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 38

1984

- * 1.- ME.C.C.H Nº.84.994. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)
 - * 2.- A.A.P. H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - * 3.- M.A.R. V Nº.3.275. Q.H.H. L.D. multiv.otro de bazo
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 4.- F.A.G. V Nº.87794. Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
 - * 5.- C.T.P. H Nº.88832. Q.H.H. colelitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 6.- T.A.H. H Nº.90134. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 7.- T.V.R. H Nº.89905. Q.H.H. L.D. calci. hidatidosis abdominal.
LAPARATOMIA.
 - * 8.- F.S.M. H Nº.90349. Q.H.H. L.D. hidatidosis peritoneal.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 9.- C.I.C. H Nº.91274. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - *10.- A.C.A. V Nº.91237. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *11.- ML.G,D,H Nº.92475. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO).
 - *12.- ML.L.L.H Nº.93402. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
 - *13.- A.P.C. H Nº.92636. Q.H.H. L.D. colelitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - *14.- MA.P.C.H Nº.92636. Q.H.H. colelitis
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
-

1985

- * 1.- D.N.E. H Nº.95.964. Q.H.H.mastic. Q.esplénico.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 2.- J.M.C. H Nº.96627. Q.H.H. L.D.con tránsito hepatoto.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+CIERRE FISTULA (VBI).
- * 3.- JA.O.G.V Nº.95672. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 4.- F.M.M. V Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 5.- JA.M.A.V Nº.15234. Q.H.H. y de pared.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).

- * 6.- B.A.G. H Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN). * 7.- F.S.M. H Nº.98948.
Q.H.H. L.D.gigante
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 8.- L.L.C. H Nº.99858. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- * 9.- J.G.C. V Nº.100234.Q.H.H. 3 L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 3(QPTN)+SUTURA FISTULAS(VBI)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
- *10.- MR.R.O.H Nº.100240.Q.H.H. 2L.D. ortro lig. faciforme.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTC)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA
TOTAL (QPTA).
- *11.- A.C.C. H Nº.101657.Q.H.H. + 1.Q.peritoneal.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- *12.- C.C.S. H Nº..Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- *13.- AB.T.C.H Nº.102729.Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN).
- *14.- LJ.M.T.V Nº.102978.Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
- *15.- MC.N.N.H Nº.101605.Q.H.H. 1L.D.+1L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+QUISTOPERIQUIISTECTOMIA
TOTAL (QPTN)
- *16.- J.G.B. V Nº.. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- *17.- JA.C.S.V Nº.104226.Q.H.H. L.I.gigan.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
- *18.- J.T.R. V Nº.102823.Q.H.H. 1L.D+1L.I.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
- *19.- P.M.I. H Nº.104201.Q.H.H.+colelitis.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).

1986

- * 1.- A.V.M. V Nº.107849. Q.H.H.
HEPATECTOMIA LOBULO IZQUIERDO (HIN).
- * 2.- A.L.M. V Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- * 3.- A.G.L. V Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- * 4.- F,P,R, V Nº.105778. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- * 5.- B.F.A. V Nº. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
- * 6.- R.M.M. H Nº. 23261. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- * 7.- MC.B.Z.H Nº.106636. Q.H.H. 2 L.D.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN).

- * 8.- E.A.M. V N^o. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 9.- C.G.C. H N^o. 75301. Q.H.H. 2Q
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 2(QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - *10.- A.H.A. V N^o. 107810. Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN).
 - *11.- J.L.A.F. V N^o. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - *12.- A.V.S. V N^o. 108684. Q.H.H. gigante
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - *13.- M.C.O.C. H N^o. 108204. Q.H.H. L.I. multiv. 20cm.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *14.- B.O.G. H N^o. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *15.- A.D.E. V N^o. 110384. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL 3(QPTN).
 - *16.- F.M.F. V N^o. 109539. Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *17.- M.C.D.A. H N^o. 110734. Q.H.H. L.D. multiv.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA).
 - *18.- E.F.R. V N^o. . Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - *19.- S.G.C. V N^o. 107305. Q.H.H. 2Q. calcif. + perforación ulcus.
NO SE ACTUO SOBRE LOS QUISTES.
 - *20.- J.A.L. H N^o. 111766. Q.H.H. multives afectando a los dos lóbulos.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *21.- E.B.H. V N^o. . Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *22.- M.I.Y.F. H N^o. 97929. Q.H.H. L.D. conglomerado
MARSUPIALIZACION (M).
 - *23.- M.S.L. V N^o. 111950. Q.H.H. L.D. calci.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *24.- A.L.E. H N^o. 111693. Q.H.H. colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
 - *25.- C.E.C. V N^o. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - *26.- P.R.Y. H N^o. 113457. Q.H.H. 3L.D. 1L.I. calcif.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - *27.- C.G.R. H N^o. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *28.- R.H.C. H N^o. 113206. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *29.- A.A.A. H N^o. 109506. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)
 - *30.- L.M.A. H N^o. Q.H.H. mastic+colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO)
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 38

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 63

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 63

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 41

Abierta (QPTA) : 2

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 38

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 26

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 6

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 4

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 11

AÑO 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 38

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 14

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 14

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 3

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 7

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 2

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 38

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 19

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 19

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 15

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 1
- No consta(QPTN): 13

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 2

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 38

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 30

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 30

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 1

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 23

Abierta (QPTA) : 1

Cerrada (QPTC): 0

No consta(QPTN): 22

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 10

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 5

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 39

1984

- * 1.- I.S.G. H Nº.146290. Q.H.H. L.D. multivesicular y multilocular
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 2.- S.D.I. V Nº.314298. Q.H.H. L.I. multivesic.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 3.- P.R.A. H Nº.311534. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 4.- A.S.S. V Nº.208768. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 5.- P.B V Nº.312617. Q.H.H.
HEPATECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA (HIA).
 - 6.- S.D.I. V Nº.314288. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 7.- F.G. V Nº.312539. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 8.- N.A.V. V Nº.323587. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - 9.- B.G.P. V Nº. 93073. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - 10.- A.R.L. H Nº. 246181. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
-

1985

- * 1.- A.R.H. V Nº. 55413. Q.H.H. L.D. hidatidosis abdominal.
MARSUPIALIZACION (M).
- * 2.- J.S.C. V Nº.334582. Q.H.H. L.I. gigante.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+SUTURA FISTULA((VBI).
- 3.- A.R.H. V Nº.255413. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 4.- J.A.G. V Nº. 30310. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 5.- I.S.C. H Nº.146290. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 6.- J.S.C. V Nº.344382. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
- 7.- A.G.V. V Nº.3377263. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
- 8.- C.G.M. H Nº.197173. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO).
- 9.- S.T.P. V Nº. 62793. Q.H.H.

- 10.- R.B. H Nº. 32088. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
11.- M.M.P. V Nº.302036. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI) +COLECISTECTOMIA (CO).
-

1986

- 1.- T.V.N. V Nº. 18660. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
2.- M.B.V. V Nº.348282. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
3.- V.V.L. V Nº.210030. Q.H.H.
QUISTOPERIQUIISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
4.- E.C.C. V Nº.342420. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M)+COLECISTECTOMIA (CO)+
DRENAJE KEHR (DVBE).
5.- A.P.S. H Nº.339348. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 39

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 26

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 1
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 16

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 39

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 10

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 1
 - Reglada (HIR) : 0
 - Atípica (HIA) : 1
 - No consta(HIN): 0

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 7

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 39

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 11

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 2

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 5

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 6

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 1

COLECISTECTOMIAS (CO): 3

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 39

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 0

RESECCIONES HEPATICAS (R):

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 2

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 3

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 1

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 40

1984

- * 1.- CR.V.H.H Nº. 80113. Q.H.H.cavidad residual
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 2.- G.G.T. H Nº.322163. Q.H.H. L.I.(25.15)+colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTA)+COLECISTECTOMIA (CO)
 - * 3.- P.L.T. H Nº.331679. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
-

1985

- * 1.- A.S.P. H Nº. 11816. Q.H.H. L.D.(12)
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 2.- JI.J.B.V Nº.314236. Q.H.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 3.- T.I.M. H Nº. 47954. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 4.- J.G.C. V Nº.312681. Q.H.H. L.I. multiv.multiloculado + Q.peritoneal.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 5.- F.A.O. V Nº.343427. Q.H.H. L.D.supurado
MARSUPIALIZACION (M).
-

1986

- * 1.- F.G.V.. H Nº.334106. Q.H.H. 2L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+MARSUPIALIZACION (M).
 - * 2.- E.B.E. V Nº.349360. Q.H.H.
MARSUPIALIZACION (M).
 - * 3.- Y.H.F. H Nº.351776. Q.H.H. L.I.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
 - * 4.- A.D.B. V Nº.351707. Q.H.H. multiv.calcif.+ colelitiasis
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 5.- M.O.P. V Nº.263367. Q.H.H. L.D+colecistitis.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPTN)+COLECISTECTOMIA (CO).
 - * 6.- MI.S.P.H Nº.351737. Q.H.H. L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 40

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 14

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 14

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
Reglada (HDR) :
Atípica (HDA) :
No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
Reglada (HIR) :
Atípica (HIA) :
No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 2

Abierta (QPTA) : 1
Cerrada (QPTC): 0
No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 9

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 4

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 4

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO: 40

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 3

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 3

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 1
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 40

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 5

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 5

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

Abierta (QPTA) :

Cerrada (QPTC):

No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 1

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 1

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 40

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 6

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 6

RESECCIONES HEPATICAS (R):

- Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- Segmentectomías (S):

- Quistorresecciones (QR):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

- Abierta (QPTA) : 0
- Cerrada (QPTC): 0
- No consta(QPTN): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 4

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 2

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO): 2

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 41

1984

- * 1.- J.C.A.C.V Nº.104676. Q.H.H. L.D.
QUISTORRESECCION DERECHA (QR)
 - * 2.- D.H.M. V Nº.10.775. Q.H.H. L.D. Multivesicular
QUISTORRESECCION DERECHA (QR)
 - * 3.- M.R.B. V Nº..Q.H.H. 3LD. 2 multive
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3 (QPI)
 - * 4.- B.A.A. H Nº.105487. Q.H.H. 2L.D. multiv. 1L.H.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
-

1985

- * 1.- A.B.P. V Nº.112736. Q.H.H. 2L.D + 1L.I + Q.H.P.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 2(QPTC)+
QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL (QPT)
 - 2.- D.H.M. V Nº..Q.H.H. L.D.+ Vesiculación exogena.
QUISTORRESECCION (QR)
 - * 3.- J.M.B.M.V Nº..Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
 - * 4.- M.P.A.S.H Nº.80612. Q.H.H. 3L.D.
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA 3(QPI)
-

1986

- * 1.- R.M.C. H Nº.123556. Q.H.H. L.D
QUISTOPERIQUISTECTOMIA INCOMPLETA (QPI)
 - * 2.- B.G.G. V Nº.112441. Q.H.H. 2L.D. calcifi y mastic
QUISTORRESECCION (QR).
 - * 3.- V.S.E. V Nº.114181. Q.H.H. Interlobular. multiv.
QUISTORRESECCION (QR).
 - * 4.- S.P.L. H Nº..Q.H.H. múltiple
QUISTORRESECCION (QR).
-

TRIENIO 1984-1986

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 41

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 12

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 11

RESECCIONES HEPATICAS (R): 6

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 6

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 15

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1984

SERVICIO ENCUESTADO Nº: 41

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R): 2

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 2

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 6

CISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTA SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1985

SERVICIO ENCUESTADO: 41

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 3

RESECCIONES HEPATICAS (R): 1

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD):

Reglada (HDR) :

Atípica (HDA) :

No consta(HDN):

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI):

Reglada (HIR) :

Atípica (HIA) :

No consta(HIN):

-.Segmentectomías (S):

-.Quistorresecciones (QR): 1

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 1

Abierta (QPTA) : 0

Cerrada (QPTC): 1

No consta(QPTN): 0

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 8

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

AÑO: 1986

SERVICIO ENCUESTADO: 41

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 4

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 4

RESECCIONES HEPATICAS (R): 3

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD):
 - Reglada (HDR) :
 - Atípica (HDA) :
 - No consta(HDN):

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI):
 - Reglada (HIR) :
 - Atípica (HIA) :
 - No consta(HIN):

- .Segmentectomías (S):

- .Quistorresecciones (QR): 3

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT):

- Abierta (QPTA) :
- Cerrada (QPTC):
- No consta(QPTN):

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLETAS (QPI): 1

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY):

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M):

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C):

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E):

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE):

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O):

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI):

COLECISTECTOMIAS (CO):

CAPITULO VI

ENCUESTA GENERAL, RESULTADOS, DISCUSION Y COMENTARIOS

ENCUESTA GENERAL. TRIENIO 1984-1986

Con los datos obtenidos en la Encuesta General realizada en los 41 Servicios Quirúrgicos Hospitalarios mencionados, debidamente procesados, obtenemos los resultados, para el trienio 1984-1986, que se especifican en la Tabla I.

1022 pacientes portadores de Hidatidosis hepática y que habían sido sometidos a intervención quirúrgica por su enfermedad, han sido los identificados en el estudio realizado.

Entre este grupo de pacientes han sido 82 los que han sido sometidos a Resecciones Hepática más o menos extensa. Esto supone que estas técnicas se han practicado en el 8,02 % de todos estos pacientes.

RESECCIONES HEPATICAS HAN SIDO REALIZADAS EN EL 8,02 % DEL TOTAL DE OPERADOS

Tabla I

**TOTALIDAD DE INTERVENCIONES REALIZADAS POR
HIDATIDOSIS HEPATICA Y SUS DIVERSAS
MODALIDADES TECNICAS EN EL TRIENIO 1984-1986**

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 1022

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 677

RESECCIONES HEPATICAS (R): 82

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 8

Reglada (HDR) : 4

Atípica (HDA) : 1

No consta(HDN): 3

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 30

Reglada (HIR) : 8

Atípica (HIA) : 8

No consta(HIN): 14

- .Segmentectomías (S): 10

- .Quistorresecciones (QR): 34

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 288

Abierta (QPTA) : 62

Cerrada (QPTC): 84

No consta(QPTN): 142

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 517

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 18

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 365

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 58

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 28

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 125

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 34

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 64

COLECISTECTOMIAS (CO): 301

Las Quistoperiquistectomías Totales fueron practicadas en estos 1022 pacientes y en 288 quistes (es decir este número es el 28,18 % de las operaciones). De esta forma se ha realizado cirugía de exéresis total 370 veces (288+82 Resecciones) lo que supone que en un 36,20 % de las 1022 operaciones se ha realizado esta cirugía radical, Tabla II.

LAS QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES FUERON REALIZADAS EN 288 OCASIONES ES DECIR TRES VECES Y MEDIA MAS FRECUENTEMENTE QUE LAS RESECCIONES HEPATICAS

Tabla II

TECNICAS RADICALES DE EXERESIS TOTAL

Quistoperiquistectomías Totales	288
Resecciones Hepáticas	82
Total	370

La Cirugía Conservadora integran los diversos tipos de Marsupializaciones, Técnicas de Derivación Interna y Quistoperiquistectomías Incompletas. Las Marsupializaciones con gesto quirúrgico mínimo fueron realizadas en importante número de ocasiones, concretamente en 365. Es decir en un 35,71% sobre las 1022 operaciones. Por tanto, estas técnica antiguas aun son frecuentemente utilizadas. Por el contrario, la Cirugía Conservadora de Derivación sin extipación de la adventicia, fué llevada a cabo escaso numero de veces, en 18 ocasiones concretamente, siendo una técnica poco apetecida por los cirujanos españoles.

Quistoperiquistectomías Incompletas. A su vez incluyen también cualquier técnica en la que la extirpación de la adventicia no se ha realizado completamente, habiéndose demostrado en nuestro estudio tener un muy importante campo de actuación pues fueron ejecutadas en 517 ocasiones. Por tanto la totalidad de la cirugía conservadora se ha llevado a cabo nada menos que en 900 ocasiones, Tabla III.

Tabla III

TECNICAS CONSERVADORAS

Diversas Técnicas de Marsupialización	365
Quistoyeyunostomía	18
Quistoperiquistectomía Incompleta	517
Total	900

(900 ocasiones no significa 900 intervenciones)

LAS TECNICAS CONSERVADORAS SON FRECUENTISIMAMENTE UTILIZADAS AUN

En cuanto a las técnicas complementarias hemos seleccionado el **Capitonaje** y la **Epiploplatia** que evidentemente no se han realizado excesivo número de veces, 58 y 28 respectivamnete.

La Actuaciones Directas sobre importantes comunicaciones de la vía biliar intrahepática fueron realizadas en 64 ocasiones.

En las historias consta que el drenaje de KEHR fué utilizado solamente en 125 pacientes y las actuaciones sobre el ODDI lo fueron, así mismo, en 34 operaciones.

Es de destacar el importante número de vesículas biliares extirpadas, pues la Colectectomía fué realizada en casi un tercio de los casos (301).

EN LA CIRUGIA DE LA HIDATIDOSIS HEPATICA LA VESICULA ES NECESARIO SACRIFICARLA CASI EN UN TERCIO DE LOS CASOS.

ESTUDIO INDIVIDUALIZADO DE LOS AÑOS 1984, 1985 y 1986.

El estudio individualizado de los años integrantes del trienio, tiene interés para comprobar las tendencias y el ritmo de aumento o de disminución en el empleo de las diversas técnicas quirúrgicas. Estos resultados se encuentran expresados en las Tablas IV, V y VI.

En primer lugar observamos una tendencia al descenso del número de operaciones realizadas, 358, 346 y 318 en los años 1984, 1985 y 1986 respectivamente. Esto contrasta con las cifras de morbilidad hospitalaria, pues según el Instituto Nacional de Estadística estas cifras se mantienen bastante constantes. Esto pudiera ser debido a que la misma morbilidad se distribuya en mayor número de Hospitales.

Especial interés ha tenido para nosotros el encontrar que las Resecciones Hepáticas en la cirugía de la Hidatidosis no solamente no ha seguido un ritmo ascendente en su aplicación sino que incluso se observa un ligero descenso a lo largo de cada uno de los tres años estudiados. En efecto, las diversas técnicas de Hepatectomías en el primer años se practicaron en 31 pacientes de 358 es decir en el 8,65 % de los pacientes, al año siguiente estas cifras bajaron ligeramente al 8,38 % y, finalmente, en el 86 descendieron al 6,91 %. Es decir el perfeccionamiento técnico y el

Tabla IV

NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES REALIZADAS
POR HIDATIDOSIS HEPATICA Y SUS DIVERSAS
MODALIDADES TECNICAS EN EL AÑO 1984.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 358

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 237

RESECCIONES HEPATICAS (R): 31

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 2

Reglada (HDR) : 1

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 1

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 11

Reglada (HIR) : 2

Atípica (HIA) : 4

No consta(HIN): 5

-.Segmentectomías (S): 5

-.Quistorresecciones (QR): 13

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 91

Abierta (QPTA) : 22

Cerrada (QPTC): 33

No consta(QPTN): 36

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 194

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 7

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 158

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 24

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 9

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 36

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 7

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 29

COLECISTECTOMIAS (CO): 109

Tabla V

NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES REALIZADAS
POR HIDATIDOSIS HEPATICA Y SUS DIVERSAS
MODALIDADES TECNICAS EN EL AÑO 1985.

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 346

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 218

RESECCIONES HEPATICAS (R): 29

-.Hepatectomías Lobectomías D(HD): 3

Reglada (HDR) : 3

Atípica (HDA) : 0

No consta(HDN): 0

-.Hepatectomías Lobectomías I(HI): 14

Reglada (HIR) : 6

Atípica (HIA) : 4

No consta(HIN): 4

-.Segmentectomías (S): 4

-.Quistorresecciones (QR): 8

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 90

Abierta (QPTA) : 15

Cerrada (QPTC): 22

No consta(QPTN): 53

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 183

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 7

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 107

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 17

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 6

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 45

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 17

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 15

COLECISTECTOMIAS (CO): 100

Tabla VI

**NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES REALIZADAS
POR HIDATIDOSIS HEPATICA Y SUS DIVERSAS
MODALIDADES TECNICAS EN EL AÑO 1986.**

NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIDATIDOSIS HEPATICA INTERVENIDOS: 318

NUMERO DE ESTOS PACIENTES CON HISTORIA: 222

RESECCIONES HEPATICAS (R): 22

- .Hepatectomías Lobectomías D(HD): 3

Reglada (HDR) : 0

Atípica (HDA) : 1

No consta(HDN): 2

- .Hepatectomías Lobectomías I(HI): 5

Reglada (HIR) : 0

Atípica (HIA) : 0

No consta(HIN): 5

- .Segmentectomías (S): 1

- .Quistorresecciones (QR): 13

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES (QPT): 107

Abierta (QPTA) : 25

Cerrada (QPTC): 29

No consta(QPTN): 53

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS INCOMPLATAS (QPI): 140

QUISTOYEYUNOSTOMIAS Y OTRAS DERIVACIONES (CY): 4

MARSUPIALIZACIONES Y OTRAS TECNICAS CONSERVADORAS (M): 100

TECNICAS COMPLEMENTARIAS

CAPITONAJES (C): 17

EPIPLOPLASTIAS Y MIOPLASTIAS (E): 13

DRENAJES VIA BILIAR EXTRAHEPATICA (DVBE): 44

ACTUACION SOBRE EL ESFINTER DE ODDI (O): 10

ACTUACIONES DIRECTAS SOBRE VIA BILIAR INTRAHEPATICA (VBI): 20

COLECISTECTOMIAS (CO): 92

aumento progresivamente rápido de la capacidad de realización de las Resecciones Hepáticas, en numerosos servicios quirúrgicos, no se ha acompañado, dentro del Trienio 84-86, de un aumento de la resecabilidad en la cirugía de la Hidatidosis hepática. Las razones de este fenómeno la deberemos buscar en el estudio pormenorizado, que realizaremos en el capítulo siguiente, de estos pacientes, muy especialmente en cuanto a mortalidad, morbilidad postoperatoria y estancias hospitalarias se refiere.

Sin embargo, si aceptamos como orientativas los índices obtenidos, expuestos en la Pág. 6, obtenidos del estudio de 10 series hospitalarias, y que recogen índices de Resecabilidad hasta 1984, sí se puede apreciar un ligero aumento pues hasta esta fecha fueron sometidos a alguna forma de Resección Hepática el 7,3 % de los pacientes operados de Hidatidosis, frente al 8,02 obtenido por nosotros. Es decir un ligero aumento del 0,72%.

LAS RESECCIONES HEPATICAS NO ESTAN AUMENTANDO SINO QUE INCLUSO SE HA OBSERVADO UN DESCENSO A LO LARGO DEL TRIENIO 1984-1986.

No ha sucedido igual con las Quistoperiquistectomías Totales, pues estas si han llevado un buen ritmo de crecimiento, ya que en el año 1984 se realizaron en 91 ocasiones (25,41 % de 358 intervenciones de ese año), en 90 (26,01 % de las 346 correspondientes a 1985) y en 107 (33,64 % de 318 del año 1986). (No se conoce el nº de quistes de los 1022 pacientes, ni el de cada uno de los tres grupos pero la distorsión que sufren los porcentajes afecta similarmente a todos los grupos).

POR EL CONTRARIO LAS QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES ESTAN EN PROGRESIVO AUMENTO

En cambio si ha descendido notoriamente el ritmo de aplicaciones de la Cirugía Conservadora, Marsupializaciones, Quistoyeyunostomías y Quistoperiquistectomías parciales, que a lo largo de estos tres años fueron ejecutadas 359, 297 y 244 veces respectivamente por otros tantos quistes (100,27% ,85,83% y en 76,72% veces sobre el número de intervenciones respectivamente en esos tres años).

LA CIRUGIA CONSERVADORA AUN ES REALIZADA FRECUENTEMENTE EN ESPAÑA, SIN EMBARGO DENTRO DEL TRIENIO 84-86 SE OBSERVA UNA TENDENCIA DECRECIENTE IMPORTANTE"

En los tres años se han realizado aproximadamente el 30 % de Colectectomías cada año, lo cual nos indica que la causa de la extirpación de la vesícula ha sido la misma durante los tres años.

En las Técnicas Complementarias el drenaje de la vía biliar principal ha ido en aumento sus aplicaciones, 10,05, 13 y 13,83 por ciento respectivamente, lo que nos indica que cada vez se van detectando más patología en esta vía biliar principal.

Las actuaciones sobre el ODDI aumentan en el año 1985 (1,95-4,91) para descender en 1986 (3,14). Tal vez la Esfinterotomía Endoscópica Retrógrada haya hecho disminuir las indicaciones de las primeras.

En las actuaciones sobre las grandes fístulas biliares no observamos hallazgos lo suficientemente decisivos para formar una opinión. En el primer año se realizaron en el 8,10 % de los pacientes, en el segundo año hubo un descenso al 4,33%, y finalmente en el tercer año vuelven a ascender al 6,28 %. El mismo ritmo discontinuo han seguido los capitonajes (6,7 %, 4,91% y 5,34 %) en cambio las epiploplastias y mioplastias si que parecen tienen tendencia al descenso.

CAPITULO VII

ESTUDIO INDIVIDUALIZADO DE LAS RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

CONSIDERACIONES PREVIAS.

Uno de los primeros escollos que nos encontramos en este estudio es la anarquía en la nomenclatura de las diversas modalidades técnicas de Resección Hepáticas en Hidatidosis, ya que los diversos autores adoptan denominaciones dispares y muchas veces poco ortodoxas.

Por ello es preciso unificar criterios para homogeneizar resultados por lo que debemos, previamente, aclarar algunos conceptos.

Los términos Resección Hepática o Hepatectomía indican simplemente la extirpación de una parte más o menos extensa del parénquima hepático o incluso de todo el hígado.

Las Resecciones Hepáticas Regladas o Típicas implican que la extirpación hepática se ha hecho a través de una cisura anatómica intersegmentaria o interlobar con control reglado de su pedículo vasculobiliar. En la práctica las más usuales son: Lobectomías Derecha o Izquierda, Trisegmentectomía Derecha, Segmentectomía Lateral Izquierda, Lobectomía Media y Lobectomía Derecha Ampliada. También de forma reglada o típica se pueden hacer Resecciones menores extirpando un solo segmento pero siempre con la condición de que sea la separación por una de las cisuras anatómicas, (85).

Las Resecciones Hepáticas Atípicas o a demanda de la lesión, no siguen las cisuras y por tanto no distinguen segmentos. Se deben realizar también con ligadura de los pedículos pero no de forma reglada. En los traumatismos hepáticos es donde habitualmente se emplea esta técnica con más frecuencia. Las Lobectomías Típicas Derechas o Izquierdas pueden ampliarse a su vez de forma típica o atípica, como sucede en la Trisegmentectomía Derecha (típica) o la Lobectomía Derecha Ampliada (atípica).

Sin embargo, en las historias clínicas recogidas los términos más utilizados son los de Lobectomías Derecha e Izquierda y, sin embargo, al leer la descripción de la técnica no corresponde con frecuencia a los conceptos de Lobectomías expuesto más arriba, ya que, especialmente, en el caso de la Lobectomía Izquierda se ha tomado como cisura interlobar la que

marca el Ligamento Falciforme. Es decir, esto es seguir aceptando la anatomía clásica desbordada ya desde los trabajos de COINAUD, (86)(87). La anatomía moderna establece que existe una cisura no visible externamente y que sigue una línea imaginaria desde la suprahepática media a la vesícula (Línea de SERENCE COUILLIE) que marca la auténtica cisura principal o medial, relativamente avascular y que sería la que separaría los dos auténticos lóbulos. Sin embargo, dada la utilización tan profusa del término por los cirujanos, nosotros para el lado izquierdo aceptaremos el concepto antiguo, con reserva, y la designaremos como Lobectomía Clásica Izquierda y que solamente incluiría los segmentos II y III. Otros autores la designan como Segmentectomía Lateral Izquierda.

Por el contrario, la Lobectomía Hepática Izquierda, según el esquema de COINAUD extirparía los segmentos I,II,III y IV. Por otra parte, T.E.STARLZ y la escuela anglosajona utilizan el término Trisegmentectomía Izquierda para designarla, pero dicha denominación no parece muy correcta pues en realidad extirpa cuatro segmentos, aun cuando para ellos los Segmentos II y III integran uno solo llamado lateral izquierdo, y así los cuatro segmentos de la Lobectomía Izquierda quedarían reducidos a tres. A esta resección nosotros preferimos designarla como Hemihepatectomía Izquierda. El segmento I o dorsal, desde el punto de vista vascular (sobre todo arterial puede pertenecer a ambos lóbulos pero dado la mayor frecuencia de recibir la vascularización izquierda en justicia deberá situarse en el lóbulo izquierdo.

Analogamente en el lado derecho, siguiendo con el esquema anatómico de COINAUD, la Lobectomía incluiría los Segmentos V,VI,VII y VIII, y la vamos a designar como Hemihepatectomía Derecha. En todos los casos pueden realizarse con o sin control vascular. La Trisegmentectomía Derecha sería

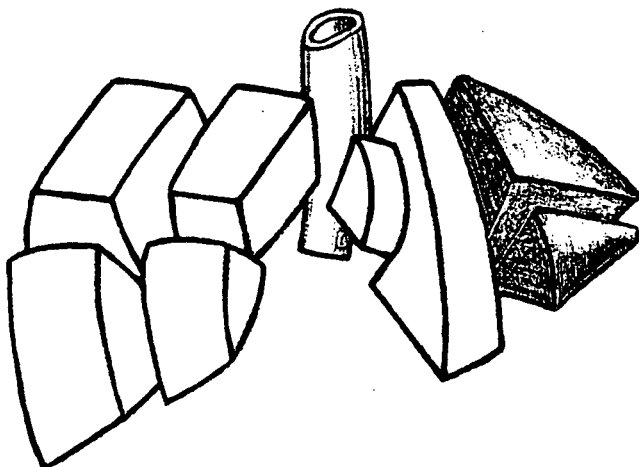


Figura 1. Lobectomía Clásica Iª. (Segmentectomía Lateral Iª)

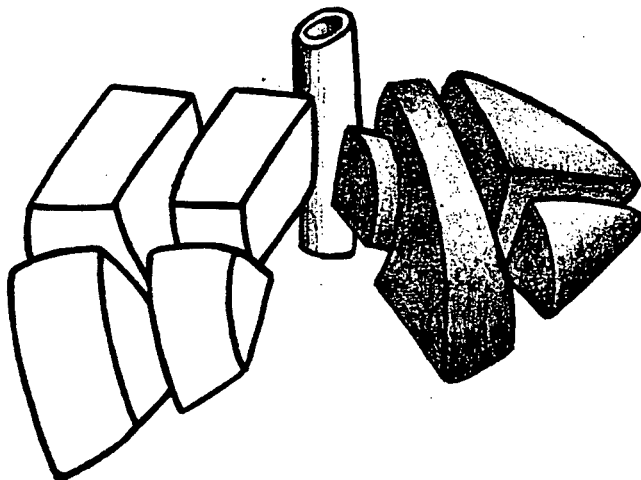


Figura 2. Hemihepatectomía Iª. (Lobectomía Iª (COINAUD))

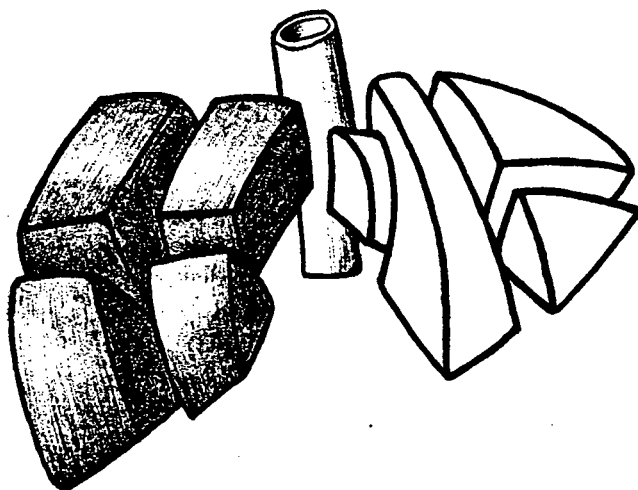


Figura 3. Hemihepatectomía Dª. (Lobectomía Dª (COINAUD))

para nosotros una Lobectomía Derecha ampliada (Seg. V,VI,VII y VIII del lóbulo derecho y IV del lóbulo izquierdo y se correspondería con la Lobectomía Clásica de H. BISMUTH y de la escuela francesa), (88)(89).

La Bisegmentectomía del I y IV para otros autores sería la lobectomía media.

Otro término que puede encontrarse es el de Lobectomía Derecha Ampliada Atípica y que sería una lobectomía derecha más una parte de los Seg. IV y I.

Por tanto, con las 61 historias clínicas, dentro de los 82 pacientes a quienes se le ha practicado algún tipo de Resección Hepática, se han confeccionado otras tantas fichas en donde la terminología se ha adaptado,(y muchas veces sustituido), a los principios que acabamos de establecer. No obstante, solemos mantener ,entre paréntesis, la denominación que los propios cirujanos han preferido. Esta es una necesidad impuesta para poder manejar los resultados finales.

En páginas siguientes se incluirán:

61 FICHAS PROTOCOLIZADAS CORRESPONDIENTES A LOS PACIENTES ESTUDIADOS
SOMETIDOS A ALGUNA FORMA DE RESCCION HEPATICA POR HIDATOIDOSIS

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 1

AÑO: 1984

Ingresó: 19-IX-84 Alta: 19-X-84 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 30

EDAD: 60

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Tumoración

INTERVENCION. FECHA: 1-X-84 DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 18

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1 Multilobular. 0

Univesicular. 0 Multivesicular. 2

Uniloculado . 2 Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S. Perforación hepático izquierdo.

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. S. por membranas

Otras Complicaciones. Vesícula adherida

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. N

Lóbulo Izquierdo. 1(14)-1(10)

Lóbulo Cuadrado. N

Lóbulo Espigel. N

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

LOBECTOMIA IZQUIERDA CLASICA (HEPATECTOMIA IZQUIERDA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía. S

Coledocotomía. S

Drenaje de Kehr. S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: La gran fístula del hepático I,
El volumen y la multivesiculación.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fiebre

OBSERVACIONES: Se resolvió además la lesión del hepático izquierdo

MUERTE: N

CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 2
AÑO: 1986

Ingresó: 19-II-1986 Alta: 6-III-1986 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 15
EDAD: 59
SEXO: V
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N
CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor

INTERVENCION. FECHA: 25-II-86 DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N
Múltiple. 2
Unilobular. 0 Multilobular. 2
Univesicular. 1 Multivesicular. 1
Uniloculado. 2 Multiloculado. 0
Calcificado. 1
Máscic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0
Lóbulo Izquierdo. 1 (9*6*6)
Lóbulo Cuadrado. 1 (5*5*5)
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA (LOBECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección: Vaciamiento y epiploplastia

Colecistectomía. N

Coledocotomía. N

Drenaje Kehr. N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Relaciones topográficas de ambos Q. dejando dos lengüetas hepáticas y dos cavidades. Multivesic.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: En topografía solamente se consigna el lóbulo más afecto

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 3
AÑO: 1986

Ingresó: 8-IX-1986 Alta: 30-IX-1986 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22
EDAD: 65
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 22-IX-1986 DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular. 1 Multilobular. 0
Univesicular. 1 Multivesicular. 0
Uniloculado. 1 Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. Vesícula adherida a Q.
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. Enf. de Plummer

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (10*10*10)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha
QUISTORRESECCION DERECHA (V-VI)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía. S-Técnica
Coledocotomía. N
Drenaje Kehr. N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen del quiste 1000 c.c
Situación Favorable

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 4
AÑO: 1986

Ingresó: 24-II-86. Alta: 20-III-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 24
EDAD: 54
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 4-III-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 16
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. 2
Unilobular. 1 Multilobular. 0
Univesicular. 0 Multivesicular. 2
Uniloculado. 0 Multiloculado. 2
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (5)+(1,5*1,5*1,5)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

QUISTORRESECCION DERECHA. (HEPATECTOMIA ATIPICA (V-VI))

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Múltiple, dos reintervenciones anteriores, aspecto parénquima
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 5

AÑO: 1986

Ingresó: 11-3-86. Alta: 9-5-86.

DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 52

EDAD: 62

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 18-3-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 57

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1 Multilobular. 0

Univesicular. 0 Multivesicular. 1

Uniloculado. 1 Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 1

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (25*25*25)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA. (LOBECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S. Técnica

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (25*25*25),
multivesiculación e infección.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: Quedo resto adventicia

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 6
AÑO: 1986

Ingresó: 25-VI-86. Alta: 20-VII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 25
EDAD: 71
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: S.H.H con tránsito hepatopleural

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 10-VII-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular. 1 Multilobular . 0
Univesicular. 0 Multivesicular. 1
Uniloculado. 1 Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada.

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (20)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

HEMIHEPATECTOMIA DERECHA (LOBECTOMIA DERECHA ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20). multivesicular.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

ENCUESTA RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 7
AÑO: 1984

Ingresó: 7-V-1984. Alta: 10-VI-1984 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 24
EDAD: 48
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, Vómitos, Rash, Disnea sibilante, tumor.

INTERVENCION. FECHA: 29-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N
Múltiple. 2
Unilobula. 1. Multilobular. 0
Univesicular. 1. Multivesicular. 0
Uniloculado. 1. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. Peritoneal múltiple
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0
Lóbulo Izquierdo. 2 (20*18*18)+(20*18*18)
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal bilateral

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA ATIPICA

Técnicas Asociadas a la Resección: Extirpación peritoneales
esplenectomía, cola de pancreas y diafragma.

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20*18*18)+(20*18*18)
múltiple

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: La lobectomía incluyó también bloque de Q. peritoneales.

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 8
AÑO: 1984

Ingresó: 7-VII-1984. Alta: 19-IX-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 73
EDAD: 35
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Tumor

INTERVENCION. FECHA: 6-10-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 13
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N
Múltiple. 2
Unilobular. 0. Multilobular. 2
Univesicular. 1. Multivesicular. 1
Uniloculado. 2. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1
Lóbulo Izquierdo. 1
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

LOBECTOMIA CLASICA HIZQUIERDA CON LIGADURA PEDICULOS

(SEGMENTECTOMIA LATERAL IZQUIERDA)

Técnicas Asociadas a la Resección: Quistoperiquistectomía total (V-VI)-
Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multivesiculación,
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: La multivesiculación fué del izquierdo. Se hizo en ambos
quistes cirugía de exeresis total

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 9
AÑO: 1984

Ingresó: 8-VII-84. Alta: 18-X-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 71

EDAD: 29

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, tumor. Hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 11-X-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 2. Multivesicular. 0

Uniloculado. 2. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 2. (10*10*10)+(15*15*15)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal bilateral

QUISTORRESECCION VI-VII.

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (10)+(15), múltiple unilobular. Localización bisegmentaria periférica.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 10
AÑO: 1984

Ingresó: 12-XI-1984. Alta: 15-XII-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 33

EDAD: 58

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Epigastralgia, disfagia, pirosis

INTERVENCION. FECHA: 27-11-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 18

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. . Multilobular. 2

Univesicular. 2. Multivesicular. 0

Uniloculado. 2. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. Vesicular

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. Quiste perforado

Otras Localizaciones. Pulmón derecho

Otra Patología Asociada. Ulcus duodenal

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (15*19*19)

Lóbulo Izquierdo. 1 (20*18*18)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía derecha

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA (BISEGMENTECTOMIA II y III)

Técnicas Asociadas a la Resección: Quistoperiquistectomía total cerrada en hígado y pulmón

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20*18*18). Múltiple

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: La sintomatología corresponde al Ulcus duodenal

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 11
AÑO: 1984

Ingresó: 3-XII-1984. Alta: 25-XII-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22

EDAD: 71

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H.

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Cólicos hepáticos de repetición, colúria. Hepatomegalia. Dolor a la palpación.

INTERVENCION. FECHA: 13-XII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 7

Unilobular. 0. Multilobular. 3

Univesicular. 7. Multivesicular. 0

Uniloculado. 7. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. 0

Litiasis. 0

Obstrucción Colédoco. 0

Otras Complicaciones. 0

Otras Localizaciones. Peritoneal

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 4

Lóbulo Izquierdo. 2

Lóbulo Cuadrado. 1

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

HEMIHEPATECTOMIA DERECHA (LOBECTOMIA HEPATICA DERECHA)

Técnicas Asociadas a la Resección: Mabit-Lagrot, Extirpacion múltiples

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multiplicidad Lobular.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo. Sepsis. REINTERVENCION

OBSERVACIONES: Creemos que el decidir la resección en una hidatidosis con tantos quistes sería p.or la destrucción del L.D. y que la (Q.P.T) sería tanto o más cruenta que la resección.

MUERTE: S CAUSA: Sepsis

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 12
AÑO: 1985

Ingresó: 9-VII-1985. Alta: 12-XII-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 64

EDAD: 55

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Nauseas, coluria, hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 13-IX-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 29

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 0. Multiloculado. 1

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. Vesicular

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (10*6*6)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

QUISTORRESECCION DERECHA. Seg. VII

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Escasa viabilidad Sg. resecado (VII) y situación periférica del mismo.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 13

AÑO: 1985

Ingresó: 6-IX-1985. Alta: 16-X-1985 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 30

EDAD: 35

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, escalofrios, ictericia, coluria, urticaria. Hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 2-X-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 14

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. S. Por membranas

Otras Complicaciones. Hígado colostático

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (7*7*7)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal bilateral

SEGMENTECTOMIA II INSTRUMENTAL (LIN) ATIPICA

Técnicas Asociadas a la Resección: Esfinteroplastia Austin Jones

Colecistectomía: S. Técnica

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Escasa viabilidad segmento resecado, (fibrosis).

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fiebre, drenaje con pus y ascitis.

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 14
AÑO: 1985

Ingresó: 26-II-1985. Alta: 22-III-1985 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 24

EDAD: 32

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, fiebre

INTERVENCION.FECHA: 12-III-1985.DIAS HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 1

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (9*9*9)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

HEMIEPATECTOMIA IZQUIERDA CON LIGADURA HILIAR.

(LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA REGLADA).

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Nrenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Topografia (Afecta porta hepática), volumen, Q. bilobular.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo. REINTERVENCION

OBSERVACIONES: En topopgrafia solo se consigna el lóbulo más afectado.

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 15

AÑO: 1985

Ingresó: 24-III-1985. Alta: 6-V-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 31

EDAD: 64

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Pesadez

postprandial, ictericia, coluria, acolia, hepatomegalia.

INTERVENCION. FECHA: 18-IV-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 18

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S. Hepático. 12.

Supurado. 1

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. Colecistitis

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. Ulcus duodenal perforado. Hernia hiatal

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA CON LIGADURA HILIAR

(LOBECTOMIA IZQUIERDA REGLADA).

Técnicas Asociadas a la Resección: Resección ulcera, vagotomía troncular. Nissen. Esfinteroplastia. Cierre fístula hepático izquierdo.

Colecistectomía: S

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Escasa viabilidad hígado resecado
Resolución gran fístula biliar interna.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Bilirragia mínima

OBSERVACIONES: En topografía solo se consigna el lóbulo más afectado.

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 16
AÑO: 1985

Ingresó: 15-II-85. Alta: 29-II-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 134
EDAD: 30
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N.

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, fiebre, escalofríos.

INTERVENCION. FECHA: 20-II-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 101
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular. 0. Multilobular. 2
Univesicular. 0. Multivesicular. 1
Uniloculado. 1. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Másculo. 0
Abierto Vía Biliar. S
Supurado. 1
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. Infiltración hilio, cava, suprahepática
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (25)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

HEMIHEPATECTOMIA DERECHA CON LIGADURA PEDICULOS BILIOVASCULARES
(LOBECTOMIA HEPATICA DERECHA REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen, Q. bilobular, afectación a estructuras biliovasculares

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural derecho, drenaje biliar persistente, pancreatitis, absceso subfrénico. REINTERVENCION

OBSERVACIONES: En topografía sólo se consiguió el lóbulo más afectado.
Se dejó advertencia.

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 17
AÑO: 1985

Ingresó: 28-II-1985. Alta: 1-IV-1985 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 42

EDAD:

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.P

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, fiebre.

INTERVENCION. FECHA: 1-III-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 41

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. N

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (20)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TÉCNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

QUISTORRESECCION DERECHA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20). Escasa viabilidad hígado resecado. Multivesiculación

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfré. Vólvulo. REINTERVENCION

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 18
AÑO: 1986

Ingresó: 30-III-1986. Alta: 25-IV-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 26

EDAD:

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H. operado hacía un mes

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Fiebre, fístula biliar.

INTERVENCION. FECHA: 2-IV-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 23

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 2

Mastic. N

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 1

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(4*4*4)+1(4*4*4)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

QUISTORRESECCION DERECHA:

Técnicas Asociadas a la Resección: Papiloplastia

Colecistectomía: 0

Coledocotomía: 0

Drenaje Kehr: 0

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Mayor radicalidad por ser reintervención. Escasa viabilidad hígado resecado. Cavidad residual antigua y multivesiculación. Calcificado

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fiebre. drenaje purulento.

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 19
AÑO: 1984

Ingresó: 10-I-1984. Alta: 3-II-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 24

EDAD: 50

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 21-I-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 0. Multiloculado. 1

Calcificado. N

Mastic. N

Abierto Via Biliar. N

Supurado. N

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. Vesiculación exógena

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (20*20*20)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal bilateral

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA (SEGMENTECTOMIA II-III)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Tamaño, multivesiculación y vesiculación endógena y exógena.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hematoma pared.

OBSERVACIONES: Se dejó adventicia

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 20
AÑO: 1984

Ingresó: 25-IV-1984. Alta: 16-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 21

EDAD: 30

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Tumor, dolor.

INTERVENCION. FECHA: 8-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (15)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal bilateral

LOBECTOMIA IZQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN) ATIPICA Seg. II-III

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (15), multivesi

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 21
AÑO: 1984

Ingresó: 7-V-84. Alta: 25-V84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 18
EDAD: 26
SEXO: V
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 17-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N
Múltiple. 6
Unilobular. 0. Multilobular. 2
Univesicular. 6. Multivesicular. 0
Uniloculado. 6. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 1
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (4)
Lóbulo Izquierdo. 5 (4)
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal bilateral

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA INSTRUMENTAL

(LOBECTOMIA IZQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN) REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección: Marsupialización Q.LD.

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multiplicidad lobular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: La facilidad de la tecnica habrá decidido la resección a pesar que los fines no podían ser absolutamente radicales.

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 22

AÑO: 1984

Ingresó: 3-10-1984. Alta: 8-11-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 36

EDAD:

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, pérdida peso

INTERVENCION. FECHA: 10-X-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 29

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 2. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (9)+ 1 (6)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracotomía derecha

SEGMENTECTOMIA VII, VI, V.

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION:

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo. REINTERVENCION

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 23

AÑO: 1985

Ingresó: 28-I-85. Alta: 20-II-85 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 23

EDAD: 54

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, vómitos, coluria, acolia, ictericia, fiebre

INTERVENCION. FECHA: 4-II-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 19

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. Dilatación vesícula

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (20)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

HEMIHEPATECTOMIA DERECHA CON, LIGADURA PEDICULOS VB

(HEPATECTOMIA DERECHA REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección: Papilotomía

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20). Fístula bilar

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: El quiste había destruido casi la totalidad del lóbulo derecho

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 24
AÑO: 1986

Ingresó: 13-XI-1986. Alta: 28-II-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 15

EDAD: 31

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor

INTERVENCION. FECHA: 9-XI-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 4

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 0. Multiloculado. 1

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (6)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA.

(HEPATECTOMIA LATERAL IZQUIERDA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multiloculación

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 25
AÑO: 1984

Ingresó: 4-9-84. Alta: 21-9-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 17

EDAD: 27

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, ictericia

INTERVENCION. FECHA: 7-IX-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 14

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 2

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1(15)+1(15*15*25)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA

(LOBECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA PASANDO CINTA POR HILIO)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen. Escasez de parénquima sano y multiplicidad local

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Ictericia

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 26

AÑO: 1984

Ingresó: 27-XI-84. Alta: 17-XII-84 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 20

EDAD: 51

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, nauseas

INTERVENCION.FECHA: 10-XII-1984.DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada.

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (10*7*7)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA.

(LOBECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA ,SEGMENTECTOMIA LATERAL IZQUIERDA II-III)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION:

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 27

AÑO: 1985

Ingresó: 16-IV-1985. Alta: 30-5-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 44

EDAD: 49

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H.

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, ictericia, coluria, acolia

INTERVENCION. FECHA: 16-IV-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 44

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. Vesicular

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. Enfermedad de Caroli segmentaria

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (4)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Pararrectal derecha

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA CON LIGADURA PEDICULOS B.V.

(LOBECTOMIA IZQUIERDA REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: S (Transcístico)

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: La asociación de dos patologías

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 28

AÑO: 1986

Ingresó: 20-VII-86. Alta: 15-8-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 26

EDAD: 28

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION. FECHA: 23-VII-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 23

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (20)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

QUISTORRESECCION IZQUIERDA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: N

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 29

AÑO: 1985

Ingresó: 14-12-1985. Alta: 26-XII-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 12

EDAD: 26

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: No consta

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor

INTERVENCION. FECHA: 16-XII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 5

Unilobular. 0. Multilobular. 3

Univesicular. 5. Multivesicular. 0

Uniloculado. 5. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mástico. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. Vesicular

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1

Lóbulo Izquierdo. 1 (15)+ 1 (10)+ 1 (10)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 1

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media

LOBECTOMIA IZQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN) ATIPICA.

Técnicas Asociadas a la Resección: Periquistectomía parcial

Vaciamiento y epiploplastia

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N. la adventicentomía fué incompleta

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen, multiplicidad

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo.

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 30
AÑO: 1985

Ingresó: 17-VI-1985. Alta: 20-VII-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 33

EDAD: 78

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS:

Dolor, nauseas, coluria, ictericia,
fiebre, anorexia, pérdida peso, hepatomegalia.

INTERVENCION. FECHA: 24-VI-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 29

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. Por parásito

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada.

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. 1

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

LOBECTOMIA IZQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN) CON LIGADURA PEDICULOS

B. V.

Técnicas Asociadas a la Resección: Coledocoduodenostomía

Colecistectomía: S

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multivesicular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo. 2 REINTERVENCIONES.

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 31

AÑO: 1984

Ingresó: 18-IV-1984. Alta: 30-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 42

EDAD: 36

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H. 2. Intervenciones

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Fístula biliar pared

INTERVENCION. FECHA: 15-5-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 13

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 1

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. S. Por parásito.

Otras Complicaciones. Fístula biliar externa

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (20)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

QUISTORRESECCION IZQUIERDA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen, poca viabilidad hígado
resecado. Cavidades residuales de intervenciones anteriores. Infección.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 32
AÑO: 1985

Ingresó: 22-V-85. Alta: 10-VI-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 19

EDAD: 57

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION.FECHA: 28-V-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 13

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. Vesicular

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. Prostatitis

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (20)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Transversa

QUISTORRESECCION IZQUIERDA.

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20). Multivesicular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 33

AÑO: 1985

Ingresó: 30-IX-1985. Alta: 30-10-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 30

EDAD: 52

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Tumor

INTERVENCION. FECHA: 15-X-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 15

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada.

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (15)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Transversa derecha.

LOBECTOMIA IZQUIERDA CLASICA CON LIGADURA PEDICULOS B.V.

(LOBECTOMIA IZQUIERDA REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S. Técnica

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (15)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 34

AÑO: 1986

Ingresó: 23-IV-1986. Alta: 31-V-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 38

EDAD: 63

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Tumor, dolor

INTERVENCION.FECHA: 30-VI-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 31

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 3

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 3. Multivesicular. 0

Uniloculado. 3. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. Ambos pulmones

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 2

Lóbulo Izquierdo. 1 (20)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha ampliada

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA (LOBECTOMIA IZQUIERDA ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección: Vaciamiento , drenaje.

Colecistectomía: S

Coledocotomía: S

SDrenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: Mebendazol

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 35
AÑO: 1984

Ingresó: 2II-1984. Alta: 6-III-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 32

EDAD: 49

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor

INTERVENCION. FECHA: 17-II-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 32

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 0. Multiloculado. 1

Calcificado. 1

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (10)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía con resección costal

QUISTORRESECCION DERECHA (VI-VII)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (10). Multiloculado, calcificado, Puesta a plano.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 36

AÑO: 1984

Ingresó: 2-V-1984. Alta: 30-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 28

EDAD: 57

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H.

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, ictericia

INTERVENCION.FECHA: 21-V-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 9

Unilobular. 0. Multilobular. 3

Univesicular. 3 Multivesicular. 6

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 3

Mastic. 3

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(21)+1(10)+3(9)+1(6)

Lóbulo Izquierdo. 1(6)

Lóbulo Cuadrado. 1(3)

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

HEMIHEPATECTOMIA DERECHA REGLADA (LOBECTOMIA DERECHA REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección: quistectomía parcial=

Marsupialización

Colecistectomía: S

Coledocotomía: S

Drenaje Kehr: S

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: La multiplicidad lobular.

Multivesicular. calcificado.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fiebre

OBSERVACIONES: Recidiva tres años más tarde de hidatidosis retroperitoneal

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 37

AÑO: 1984

Ingresó: 24-V-1984. Alta: 15-VI-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22

EDAD: 47

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, dispepsia, urticaria

INTERVENCION. FECHA: 8-VI-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 1 (13)

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media supraumbilical

HEMIHEPATECTOMIA IZQUIERDA CON LIGADURA PEDICULOS B.V (II.III, IV

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen, necesidad puesta a plano.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: Se consigna solo en lóbulo medio por ser el más afectado, aun cuando se extiende al lóbulo izquierdo y a los segmentos V, VIII.

Vesículas exógenas

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 38

AÑO: 1984

Ingresó: 17-V-84. Alta: 25-IX-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 56

EDAD: 55

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolr, dispepsia, fiebre.

INTERVENCION. FECHA: 4-VII-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 2

Uniloculado. 2. Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(8*5*5)+1(4*4*4)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal derecha

QUISTORRESECCION DERECHA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Puesta a plano en seg. VI favorable. Múltiple unilobular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 39

AÑO: 1984

Ingresó: 7-IV-1984. Alta: 30-XII-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 253

EDAD: 25

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.P ambos pulmones

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Hallazgo.

INTERVENCION.FECHA: 2-VII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 163
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 9

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 0. Multivesicular. 9

Uniloculado. 9. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 3

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 3(8)+(5)+(4)

Lóbulo Izquierdo. 1(12)+3(4)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Doble subcostal ampliada a apéndice xifoide

QUISTORRESECCION IZQUIERDA

Técnicas Asociadas a la Resección: 2 Quistoperiquistectomías incompleta.

3 marsupializaciones

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: La multiplicidad lobar izquierda

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Infección cavidad residual

Fístula biliar, Expulsión de membranas.

OBSERVACIONES: Complicaciones achacables a las marsupializaciones

Vesiculaciones exógenas

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 40

AÑO: 1984

Ingresó: 15-X-1984. Alta: 12-XI-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 27

EDAD: 58

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS:

Dolor, dispepsia, fiebre, hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 31-X-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 1. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 1

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(20)+1(4)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

QUISTORRESECCION DERECHA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen, múltiple unilobular, puesta a plano, fístula biliar.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: En topografia se consigna solo el lóbulo más afectado
Tratado con mebendazol.

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 41
AÑO: 1985

Ingresó: 6-III-1985. Alta: 31-III-85. DIAS DE HOSPITALIZACION
TOTAL: 24
EDAD: 31
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, dispepsia,
fiebre. Hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 13-III-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA:
17

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular. 1. Multilobular. 0
Univesicular. 0. Multivesicular. 1
Uniloculado. 1. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. S
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (16*14*14)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

QUISTORRESECCION DERECHA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen y puesta a plano

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo.

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 42
AÑO: 1985

Ingresó: 11-III-1985. Alta: 25-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 39

EDAD: 55

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, dispesia.

INTERVENCION. FECHA: 6-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 22

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 2. Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. Hernia hiatal

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1(8)+(5)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media

LOBECTOMIA CLASICA INSQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN)

(SECTORECTOMIA LATERAL IZQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN) ATIPICA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multiplicidad y puesta a plano

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso pared.

OBSERVACIONES:

Tratado con mebendazol

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 43

AÑO: 1985

Ingresó: 28-VII-85. Alta: 24-VIII-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 30

EDAD: 54

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Hallazgo casual

INTERVENCION.FECHA: 29-VII-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 26

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(20)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

HEMIHEPATECTOMIA DERECHA REGLADA

(SECTORECTOMIA DERECHA REGLADA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen, Multivesicular,

Calcificado. Puesta a plano

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fiebre

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 44

AÑO: 1985

Ingresó: 27-VIII-1985. Alta: . DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 37

EDAD: 49

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor ,dispepsia.

Hepatomegalia

INTERVENCION.FECHA: 20-X-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 13

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. Vesicular

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(20)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

QUISTORRESECCION DERECHA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20), puesta a plano

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Atelectasia laminar derecha.

Seroma herida operatoria

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 45

AÑO: 1985

Ingresó: 17-X-85. Alta: 7-XI-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 21

EDAD: 68

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS:

Dolor, tumor, ictericia, dispepsia,

.Hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 17-X-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 21

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 1

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. Hernia hiatal

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1(9)+1(8)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media

LOBECTOMIA IZQUIERDA INSTRUMENTAL (LIN) ATIPICA

Técnicas Asociadas a la Resección: Funduplicación de Toupet, cardiopexia ligamento redondo.

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multiplicidad, volumen

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico. REINTERVENCION

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 46
AÑO: 1986

Ingresó: 30-IX-1985. Alta: 22-I-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 104

EDAD: 21

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.P.

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, dispepsia

INTERVENCION. FECHA: 13-1-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (11)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Laparatomía media.

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA ATIPICA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (11). Multivesicular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA: /

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 47

AÑO: 1986

Ingresó: 30-X-1985. Alta: 29-1-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 90

EDAD: 29

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, urticaria. Hepatomegalia

INTERVENCION.FECHA: 22-I-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 3

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 1. Multivesicular. 2

Uniloculado. 3. Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 1

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1(7)+1(6)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 1(6)

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Rio-Branco Mallet-Guy

QUISTORRESECCION DERECHA

Técnicas Asociadas a la Resección: Quistoperiquistectomía incompleta

Colecistectomía: S. Técnica

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Conseguir la puesta a plano.

Múltiple unilobular. calcificado. Mastic. Quistes en un sector de segmentos próximos

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 48
AÑO: 1984

Ingresó: 22-I-1984. Alta: 20-III-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 57

EDAD: 40

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, tumor, dispepsia.

INTERVENCION. FECHA: 3-II-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 45

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. Hernia hiatal. Divertículo duodenal

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. (9)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media

QUISTORRESECCION IZQUIERDA

Técnicas Asociadas a la Resección: N

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (9). Multivesicular.
Puesta aplano

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico. REINTERVENCION

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 49
AÑO: 1984

Ingresó: 26-I-84 Alta: 7-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 12

EDAD: 35

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, nauseas vómitos y coluria.

INTERVENCION.FECHA: 27-I-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA CON LIGADURA DE PEDICULOS

Técnicas Asociadas a la Reseccion:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multivesicular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Rash cutaneo

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 50
AÑO: 1984

Ingresó: 5-IX-84. Alta: 3-X-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 28

EDAD: No consta

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Reaccion anafilactica

INTERVENCION.FECHA: 17-IX-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 0 . Multilobular. 3

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. Tránsito hepatotorácico

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 1 (20)

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

HEMIHEPATECTOMIA IZQUIERDA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N dejó adventicia

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (20)

(20). Multivesicular. Multilobular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 51
AÑO: 1984

Ingresó: 23-I-84 Alta: 14-II-84 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22

EDAD: 57

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: No consta

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: No consta

INTERVENCION.FECHA: 5-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 1. Multilobular. 0

Univesicular. 1. Multivesicular. 0

Uniloculado. 1. Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 1

Abierto Via Biliar. S

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (25)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Volumen (25). Escases de parénquima hepático no afecto.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 52

AÑO: 1985

Ingresó: 25-IX-1985. Alta: 23-X-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 28
EDAD:

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: No consta

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: No consta

INTERVENCION.FECHA: 14-XI-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular.1 . Multilobular. 0

Univesicular.1. Multivesicular.0

Uniloculado.1 . Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 1

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

QUISTORRESECCION Seg. V

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Muy localizado en Seg. V y periférico

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 53

AÑO: 1985

Ingresó: .27-II-85 **Alta:** .20-III-85 **DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL:** 21

EDAD: 42

SEXO: H

ANTECEDENTES PERSONALES **HIDATIDICOS:** Q.H.H

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Ictericia

INTERVENCION.FECHA: 8-III-85. **DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA:** 12

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 0. Multilobular. 2

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 0. Multiloculado. 1

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. S compresión extrínseca

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA AMPLIADA A PARTE SEG. IV

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: S

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Multivesicular. Multiloculado

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: En topografía se pone solo el lóbulo más afecto

MUERTE: N **CAUSA:**

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 54
AÑO: 1986

Ingresó: 14-VI-1986 Alta: 28-VI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 14
EDAD:
SEXO: V
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: No consta

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: No consta

INTERVENCION.FECHA: 16-VI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular. 1 . Multilobular. 0
Univesicular. 1. Multivesicular. 0
Uniloculado. 1. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. Q.H.P
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. 1 (20*20*20)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta
HEMIHEPATECTOMIA DERECHA
Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA Resección: Volumen

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS RN HIDATIDOSIS

Nº: 55
AÑO: 1986

Ingresó: 8-IV-86. Alta: 23-V-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 45
EDAD: 43
SEXO: V
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION.FECHA: 18-IV-86.DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 35
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular.1 . Multilobular. 0
Univesicular.1. Multivesicular.0
Uniloculado.1 . Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Vía Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N.
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0
Lóbulo Izquierdo. 1(20)
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: No consta
LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA
Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA Resección: Volumen V (20)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 56
AÑO: 1984

Ingresó: 9-XII-84. Alta: 20-XII-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 11

EDAD: 15

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION.FECHA: 12-XII-84.DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular.1 . Multilobular. 0

Univesicular.1. Multivesicular.0

Uniloculado.0 . Multiloculado. 1

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (8*7*7)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII. No consta

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

QUISTORRESECCION DERECHA. (HEPATECTOMIA PARCIAL ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N dejó media adventicia.

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Técnica de elección para ese cirujano (Puesta a plano). Multiloculado

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: Soplo sistólico

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 57
AÑO: 1984

Ingresó: .9-XII-84. Alta: 20-XII-1984. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 11
EDAD: 12
SEXO: V
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: Q.H.H.

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION.FECHA: 12-XII-84.DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8
HALLAZGOS OPERATORIOS:-

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular.1 . Multilobular. 0
Univesicular.0. Multivesicular.1
Uniloculado.1 . Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (7)
Lóbulo Izquierdo. 0
Lóbulo Cuadrado. 0
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía
QUISTORRESECCION DERECHA. (HEPATECTOMIA PARCIAL ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: N dejó adventicia.

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Técnica de elección para ese cirujano (Puesta a plano)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: Tengase en cuenta que aun cuando son técnicas de resección sin embargo su objetivo prioritario es la puesta a plano y no la extirpación total de la adventicia

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 58
AÑO: 1984

Ingresó: 14-IV-86. Alta: 25-IV-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 7

EDAD: 8

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: N

INTERVENCION.FECHA: 16-IV-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N

Múltiple. 2

Unilobular.1 . Multilobular. 0

Univesicular.0. Multivesicular.2

Uniloculado.2 . Multiloculado. 0

Calcificado. 1

Mastic. 1

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 0

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 2 (4)

Lóbulo Izquierdo. 0

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII. No consta.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Toracofrenolaparatomía

QUISTORRESECCION DERECHA. (HEPATECTOMIA PARCIAL ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica:

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Técnica de elección para ese cirujano (Puesta a plano). Múltiple unilobular

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 59
AÑO: 1986

Ingresó: 2-VI-86. Alta: 11-VI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 9

EDAD: 8

SEXO: V

ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor, fiebre, vómitos.

Hepatomegalia

INTERVENCION. FECHA: 4-VI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S

Múltiple. N

Unilobular. 0 . Multilobular. 2

Univesicular. 0. Multivesicular. 1

Uniloculado. 1 . Multiloculado. 0

Calcificado. 0

Mastic. 0

Abierto Via Biliar. N

Supurado. 1

Cirrosis. N

Litiasis. N

Obstrucción Colédoco. N

Otras Complicaciones. N

Otras Localizaciones. N

Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 0

Lóbulo Izquierdo. 1 (10*8*6)

Lóbulo Cuadrado. 0

Lóbulo Espigel. 0

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Media supraumbilical

QUISTORRESECCION IZQUIERDA. (HEPATECTOMIA PARCIAL ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N

Coledocotomía: N

Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: No, dejó anventicia

MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Técnica de elección para ese cirujano (Puesta a plano). Multivesiculación. .Afectación bilobular contigua. Supurado.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 60
AÑO: 1986

Ingresó: 2-IV-86. Alta: 18-IV-1986. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 16
EDAD: 14
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Tumor, dolor, hepatomegalia.

INTERVENCION.FECHA: 9-IV-86.DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. N
Múltiple. 3
Unilobular. 0 . Multilobular. 3
Univesicular. 3. Multivesicular. 0
Uniloculado. 2 . Multiloculado. 1
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada. N

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. 1 (15*8*5)
Lóbulo Izquierdo. 1 (12*8*5)
Lóbulo Cuadrado. 1 (15)
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII. No consta

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Transversa bilateral
QUISTORRESECCION TRIPLE. (HEPATECTOMIA PARCIAL ATIPICA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: No dejó adventicia
MOTIVO O JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Técnica de elección para ese cirujano (Puesta a plano)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: N

OBSERVACIONES: Fuerón dos resecciones hepáticas una a la derecha y otra a la izquierda

MUERTE: N CAUSA:

RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS

Nº: 61
AÑO: 1985

Ingresó: 18-IV-85. Alta: 10-5-1985. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22
EDAD: 39
SEXO: H
ANTECEDENTES PERSONALES HIDATIDICOS: N

CLINICA Y COMPLICACIONES PREOPERATORIAS: Dolor.

INTERVENCION. FECHA: 24-IV-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 16
HALLAZGOS OPERATORIOS:

Unico. S
Múltiple. N
Unilobular. 0. Multilobular. 2
Univesicular. 1. Multivesicular. 0
Uniloculado. 1. Multiloculado. 0
Calcificado. 0
Mastic. 0
Abierto Via Biliar. N
Supurado. 0
Cirrosis. N
Litiasis. N
Obstrucción Colédoco. N
Otras Complicaciones. N
Otras Localizaciones. N
Otra Patología Asociada.

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado. 1 (20)
Lóbulo Espigel. 0
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

TECNICA. VIA DE ABORDAJE: Subcostal

HEPATECTOMIA IZQUIERDA REGLADA CON DISECCION BILIVASCULAR.

(LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA)

Técnicas Asociadas a la Resección:

Colecistectomía: N
Coledocotomía: N
Drenaje Kehr: N

El Hígado Resecado Incluyó Toda la Patología Hidatídica: S JUSTIFICACION DE LA RESECCION: Peligro de la periquistectomía.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Infección de la Herida

OBSERVACIONES:

MUERTE: N CAUSA:

RESULTADOS.

Edad, Sexo, Antecedentes Hidatídicos y Estancia Hospitalaria.

Según la Encuesta General sobre los 1022 pacientes hidatídicos operados, 82, es decir el 8,02 % de aquellos, fueron sometidos a una u otra modalidad de Resección Hepática. De estas Hepatectomías 61 son las estudiadas individualmente, por contar con aceptable historia clínica.

Los pacientes sometidos a Resección Hepática fueron **39 varones y 22 hembras** y su edad media fué 43,45 años.

LA EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES RESCADOS FUE DE 43,45 AÑOS CON EDADES EXTREMAS DE 8 Y 78.

De estos pacientes 12 tenían antecedentes quirúrgicos pero 49, es decir el 80%, no. Esto merece un comentario pues como ya hemos dicho en otro capítulo, las tasas de morbilidad nacional se mantienen tan altas precisamente por el alto numero de pacientes que reingresan, es decir el alto numero de pacientes hidatídicos con antecedentes y que podrían cifrarse en el 32%, (4)(5). Por el contrario, según los datos obtenidos, el paciente hidatídico Hepatectomizado lo es más frecuentemente en su primera operación por Hidatidosis. Que duda cabe que la reintervención debería reforzar la indicación de Hepatectomía en aras de una mayor radicalidad, pues la existencia de cavidades residuales endurecidas y a veces calcificadas e infectadas, de sectores patológicos hepáticos, de estenosis, de colangitis de repetición..., hacen presumible nuevos fracasos terapéuticos. Sin embargo la realidad nos dice que:

LAS RESECCIONES HEPATICAS SE PRACTICAN EN EL 80% DE LOS PACIENTES SIN ANTECEDENTES HIDATIDICOS PREVIOS Y SOLAMENTE EN EL 20% FUERON REINTERVENCIONES .

Posiblemente las dificultades técnicas en estos casos hacen decidirse por otras técnicas de más fácil ejecución.

La Estancia Média Hospitalaria fué de 36,49 días, superior a la Media Nacional que fué del 24,33 (1984-26,5;1985-20,5;1986-26), (5)(90). La comparación es grosera para nuestro estudio pues en la media nacional se incluyen los pacientes hidatidicos hepaticos y no hepáticos, sin embargo, puede ser orientativa ya que la localización hepática es, con mucho, la más frecuente.

Estancia Media Hospitalaria Postoperatoria. Tasa de mucho más interés y que ha sido de 20,34 días. Más adelante estableceremos comparaciones entre ella y la de las Quistoperiquistectomías Totales, técnica también radical y cuya comparación es de gran interés, Tabla I.

Tabla I

PACIENTES HIDATIDICOS RESECADOS

Nº. DE PACIENTES HEPATECTOMIZADOS ESTUDIADOS:	61.
EDAD MEDIA:	43,45 Años
SEXO: 39 Varones.	
22 Hembras.	
TENIAN ANTECEDENTES HIDATIDICOS:	12 Pacientes
ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA:	36,49- Dias
<hr/>	
ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA:	20,34- Dias
<hr/>	

Clínica. No presentó singularidad alguna, siendo el dolor el síntoma más común con mucho (57,38 %). La hepatomegalia, el tumor y la fiebre se presentaron con casi la misma frecuencia (19,67%, 18,03% y 18,03%). Ictericia y coluria en 8 casos es decir en el 13,17% Náuseas y vómitos fueron detectados en 4 pacientes (6,55); la acolia en tres pacientes 4,91% y fístula biliar externa y escalofríos en el 3,27% de los casos. Finalmente, las reacciones de hipersensibilidad (urticaria, rash cutáneo y choc anafiláctico) figuran un 10% de veces en la clínica de estos pacientes, Tabla II.

Tabla II

CLINICA

DOLOR	35
HEPATOMEGALIA	12
TUMOR	11
FIEBRE	11
DISPEPSIA	9
ICTERICIA	8
COLURIA	8
NAUSEAS	4
VOMITOS	4
ACOLIA	3
REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD	6
(Urtic 3, Rash 2, choc Anafil. 1)	
FISTULA BILIAR	2
ESCALOFRIOS	2

Vía de Abordaje Quirúrgico Utilizado en las Hepatectomías.

La Laparotomía Subcostal Derecha fué la vía de abordaje elejida en lugar predilecto, concretamente en el 33,33 % de los casos, siguiéndole en frecuencia la Transversa en el 22,92 %, la Toracofrenolataratomía en el 20,83, y la Laparatomía Media con una frecuencia del 18,75% %. Lo que ha quedado más claro es que la Laparotomía Pararrectal Derecha y la Toracotomía no tienen practicamente ningún defensor a la hora de plantearse una Hepatectomía, Tabla III.

LA LAPARATOMIA SUBCOSTAL DERECHA FUE LA VIA CON MAYOR PREDILECCION, SIGUIENDOLE EN FRECUENCIA, LA TRANSVERSA, LA TORACOFRENOLAPARATOMIA Y LA MEDIA.

Tabla III

VIA DE ABORDAJE

Subcostal Derecha en	16 Interv. 33,33%
Transversa en	11 Interv. 22,92%
Toracofrenolaparatomía en	10 Interv. 20,83
Media en	9 Interv. 18,75
Pararrectal Derecha en	1 Interv. 2,08
Toracotomía en	1 Interv. 2,08
No Consta en	13 Interv.

Tabla IV

RESECCIONES HEPATICAS ESTUDIADAS. 1984-1986

HEPATECTOMIAS IZQUIERDAS	36 (59%)
HEPATECTOMIAS DERECHAS	24 (39,34)
HEPATECTOMIAS IZQUIERDA Y DERECHAS	1
TOTAL	61

Variantes Técnicas De Hepatectomías Empleadas.

Las Resecciones Izquierdas fueron realizadas mayor número de veces que las Derechas, 59 % y 39,34% respectivamente. Esta diferencia inclina a pensar que hay una razón y que posiblemente sea, simplemente, que el hígado izquierdo es más manejable al realizar una Hepatectomía, Tabla IV.

LAS RESECCIONES IZQUIERDAS EN GENERAL FUERON REALIZADS MAS FRECUENTEMENTE QUE LAS IZQUIERDAS.

La modalidad de Hepatectomía se expone en la Tabla V y donde podemos comprobar que la Lobectomía Izquierda Clásica, (que así hemos acordado denominarla), la Ampliada y la Hemihepatectomia Izquierda, ocupan casi la mitad de las Resecciones Hepáticas realizadas, en 29 casos (47,54%), y las Resecciones Derechas Mayores solamente se realizaron en 7 pacientes (11,48%) de los casos. Por el contrario, el número de Hepatectomías Derechas ascenderá bruscamente si le agregamos las Quistorresecciones, que en este lado se realizaron en el 16 ocasiones y en el izquierdo no alcanzaron más 6 casos . Queda más claro ya que:

INDEPENDIENTE DE LAS CARACTERISTICAS QUISTICAS Y LESIONALES TEORICAMENTE DECISIVAS A LA HORA DE ESTABLECER LA INDICACION DE RESECCION MAYOR

Tabla V

RESECCIONES HEPATICAS ESTUDIADAS. MODALIDAD DE RESECCION	
LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA:.....	25
Con Control Pedículos Vasculo-Biliares:	5
Sin Control Pedículos Vasculo-Biliares:	14
Instrumental (LIN):	6
Control Pedículos.....	2
Sin Control Pedículos..	4
LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA AMPLIADA:	1
HEMIHEPATECTOMIA IZQUIERDA.CON CONTROL VASCULO-BILIAR	3
HEMIHEPATECTOMIA DERECHA	7
Con Control Pedículos...4	
Sin Control Pedículos...3	
QISTORRESECCIONES:	23
Derecha: 16	
Izquierdas: 6	
Triple: 1	
SEGMENTECTOMIAS:	2
Izquierda (II) Instrumental (LIN)	1
Derecha (V,VI,VII)	
TOTAL.....	61

LOS CIRUJANOS PREFIEREN CON MUCHO REALIZAR LAS HEPATECTOMIAS EN EL HIGADO IZQUIERDO QUE EN EL DERECHO Y A LA INVERSA CUANDO SE EJECUTAN QUISTORRESECCIONES.

El número de Segmentectomías fue escaso alcanzando solamente en el 3,28% de los pacientes.

Hallazgos Operatorios, Tabla VI.

De los 114 quistes identificados, en 37 pacientes, es decir el 60,66, eran únicos y en 24, (39,34 %) eran múltiples, Tabla VI. Esta muy superior frecuencia de la Hidatidosis múltiple entre los pacientes a quienes se le ha realizado una u otra técnica de Resección Hepática debió de tener su influencia a la hora de plantearse la Hepatectomía. La multiplicidad quística a priori no es muy conviene a las técnicas radicales, pues muchas veces convierten a estas en técnicas paliativas salvo en la Hidatidosis Primaria Múltiple Unilobular en donde debería exigirse la mayor radicalidad y en donde la Hepatectomía puede ser una técnica auténticamente curativa. Sin embargo, la multiplicidad invalida y destruye con frecuencia extensos sectores hepáticos y en este sentido que duda cabe que la extirpación de todo estos sector asientos de los quistes responsables deberá ser llevada a cabo. Es decir dos hechos antagónicos inciden en la Hidaitosis múltiple. Los cirujanos se han decantado más bien por el segundo aspecto favorable, y así hemos observado que incluso en casos con siembras que corvieren con seguridad en paliativa cualquier técnica de Resección hepática, esta ha sido llevada a cabo, como en los dos casos de siembras peritoneales.

LAS RESECCIONES EN CERCA DEL 40 % DE LOS CASOS SE REALIZARON EN HIDATIDOSIS MULTIPLE .

Multilobulares han sido casi la mitad de los unilobulares y los multivesiculares lo fueron casi en el mismo número que los univesiculares.

La multivesiculación indica envejecimiento del quiste, más gruesa adventicia y más posibles complicaciones y precisamente por eso figuran con frecuencia en el grupo de Hepatectomizados, pensando los cirujanos que para solucionar el problema es necesario más radicalidad.

La litiasis biliar y la obstrucción del colédoco se presentan menos veces entre los Hepatectomizados que en los pacientes de la Encuesta General.

En cuanto a "Otras localizaciones concomitantes" son escasas, como se puede ver en la Tabla VI, y eso es coherente pues de acuerdo con lo que más arriba hemos expresado la hidatidosis multivisceral anularía a priori la radicalidad que las Resecciones deben perseguir.

No aporta ninguna idea la Patología Asociada identificada en la intervención. (hernias hiatales, ulcus duodenal etc.)

Topografía Lobular y Segmentaria.

En este estudio topográfico el quiste o los quistes se asignan al lóbulo más afectado, Tabla VII. En la topografía segmentaria, por el contrario, se consignan todos los segmentos afectados. Por eso existirá discordancia entre el número de lóbulos reseñados según se haga o no a través de la afectación lobar o segmentaria, Esquema I. La distribución segmentaria también debe influir a la hora de fijar la indicación de reseca, como cuando esta situación es periférica dentro del lóbulo, como

por ejemplo en los segmentos del reborde hepático inferior (V y VI), que han estado frecuentemente afectados en nuestro grupo, Tabla VIII. Los segmentos II y III, por lo que en otra ocasión hemos dicho, esperábamos ya encontrarnoslo con importante frecuencia entre los resecados.

Tabla VI

HALLAZGOS OPERATORIOS. 61 INTERVENCIONES

NUMERO TOTAL DE QUISTES: 114

Unicos.....37

Hidatidosis Múltiples.....24 Con77

2 pacientes con 9 Q.

1 paciente con 7 Q.

1 paciente con 6 Q.

1 paciente con 5 Q.

3 pacientes con 3 Q.

16 pacientes con 2 Q.

Unilobulares: 43 Multilobulares: 20 (16 afectan 2 L y 4 a 3 L)

Univesiculares: 61 Multivesiculares: 52

Uniloculados: 102 Multiloculados: 11

Calcificados: 13 Mastic: 11

Abierto en Vías Biliares: 14

Supurados: 8

Cirrosis: 0

Litiasis Vesicular: 7

Obstrucción del Colédoco: 4

Otras Complicaciones: 2 vesícula adherida, Q. perforado, colecistitis

colecistitis, infiltración hilio, cava y suphe-

2 vesiculación endógena, fístula B.E, tránsito T.

Otras Localizaciones:

Hidatidosis múltiple peritoneal: 2 casos

Hidatidosis pulmonar: 3 casos

Otra Patología Asociada: 3 Úlcus d., 4 H. Hiatal, 1 Enf. de Caroli

Segmentaria

Tabla VII

TOPOGRAFIA LOBULAR

LOBULO DERECHO	31
LOBULO IZQUIERDO	36
LOBULO CUADRADO	8
LOBULO DE ESPIGEL	1

Tabla VIII

TOPOGRAFIA SEGMENTARIA

Segmento I	1
Segmento II	38
Segmento III	38
Segmento IV	15
Segmento V	24
Segmento VI	22
Segmento VII	20
Segmento VIII	20

En resumen 31 quiste o quistes asentaban, con afectación especialmente más importante en el lóbulo derecho del hígado, 36 en el izquierdo y 8 en el cuadrado. El lóbulo de Spiegel solamente asentaban en un caso.

En los segmentos II y III las Hidatidosias los afectaba en 38 ocasiones, en el segmento IV en 15, en el V 24 , en el VI 22, y en el VII y VIII 20 veces respectivamente.

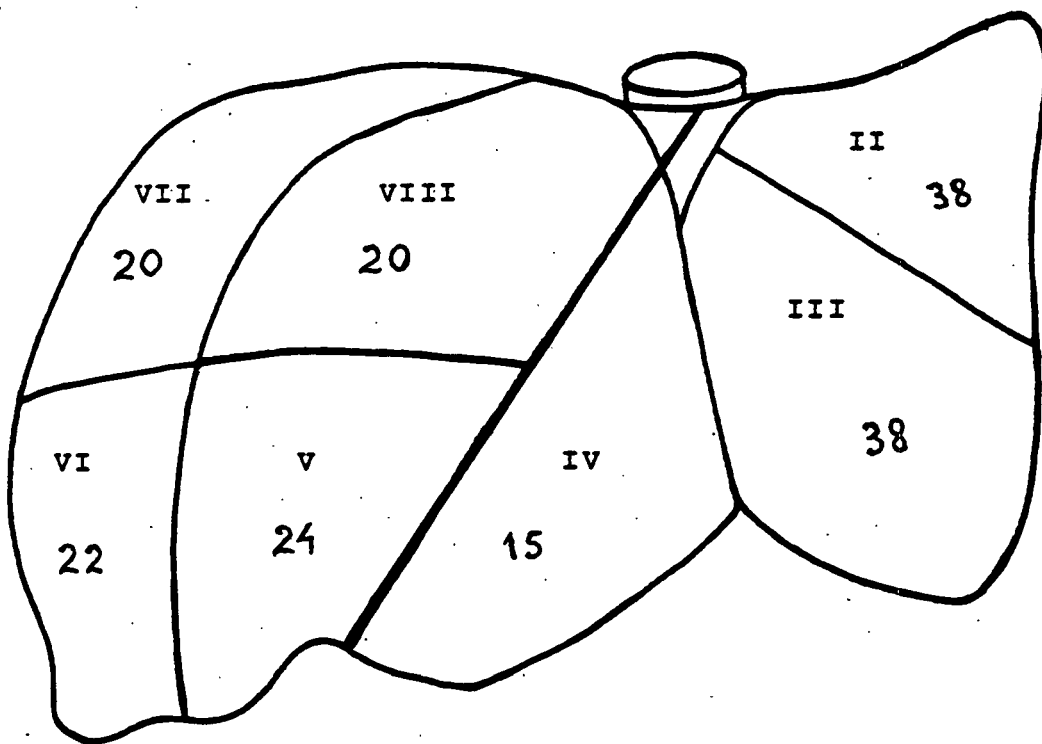


Figura 1. Afectación segmentaria en los 61 pacientes intervenidos de Hidatidosias

Peculiaridades Quísticas y Lesionales en la Porción de Hígado Extirpado.

En 61 pacientes sometidos a una Hepatectomía más o menos extensa, los quistes fueron voluminosos o gigantes en 27 casos, Tabla IX. Como en siete historias no figura el volumen podemos considerar que en el 50 % de las Resecciones han sido realizadas en quistes voluminosos o gigantes en los casos de quistes unilobulares. En la Tabla X veremos que entre las Resecciones practicadas en caso de multiplicidad quística unilobular también existen quistes de gran tamaño (en 7 de estos casos un quiste por lo menos tenían entre 12 y 20 cms de diametro) por lo que el porcentaje anterior ascendería al 62,96 %. Podemos pues concluir que *"en las Resecciones Hepáticas por hidatidosis el factor tamaño ha sido un factor bastante decisivo para establecer la indicación"*. La multivesiculación, que ha sido constatada en el 50% de estos quistes, la calcificación asociada, el contenido mastic, que traducen el engrosamiento adventicial, y la supuración, no harían más que reforzar la indicación. Tres veces ha sido mencionado expresamente la mala viabilidad del parrenquima hepático y una vez la existencia de una gran fístula en un hepático.

EL 50 % DE LAS RESECCIONES SE REALIZARON EN QUISTES GRANDES O GIGANTES UNICOS PERO SI SE LE AGREGAN LOS GRANDES QUISTES DE LOS MULTIPLES UNILOBULARES ESTE PORCENTAJE ASCIENDE AL 62,96 %.

Tabla IX

A) QUISTES DE GRAN TAMAÑO Y GIGANTES

- 1.- №. 3. V. (10). Situación Favorable. Seg. V-VI.
- 2.- №. 5. V. (25). Multivesic. e infección.
- 3.- №. 6. V. (20). Multivesic.
- 4.- №. 10. V. (20*18*18).
- 5.- №. 16. V. (25). Bilobular
- 6.- №. 17. V. (20). Multivesic. escasa viabilidad hígado resecado
- 7.- №. 19. V. (20). Multivesic. vesiculación endógena y exógena.
- 8.- №. 20. V. (15). Multivesic.
- 9.- №. 23. V. (20).
- 10.- №. 28. V. (20).
- 11.- №. 31. V. (20). Reintervenciones, cavidad resid. escasa viabilidad hígado resecado.
- 12.- №. 32. V. (15). Multivesic.
- 13.- №. 33. V. (15).
- 14.- №. 34. V. (20).
- 15.- №. 35. V. (10). Multivesic. calcificado
- 16.- №. 37. V. (13). Multivesic. Bilobular.
- 17.- №. 41. V. (16*14*14). Multivesic.
- 18.- №. 43. V. (20).
- 19.- №. 44. V. (20).
- 20.- №. 46. V. (11). Multivesic. calcific.
- 21.- №. 50. V. (20). Multivesic. Trilobular.
- 22.- №. 51. V. (25). Mastic. Seg. periférico.
- 23.- №. 54. V. (20).
- 24.- №. 55. V. (20).
- 25.- №. 59. V. (10*8*6). Multivesic. bilobular, supurado.
- 26.- №. 60. V. (15).

27.- Nº. 61. V. (20).

Tabla X

QUISTES MULTIPLES UNILOBULARES

- 1.- Nº. 1. V. (14)(10). Multivesic. Gran fístula en hepático izquierdo
- 2.- Nº. 4. V. (5)(1,5). Multivesic. Multiloculado. Escasa viabilidad del
hígado reintervenido.
- 3.- Nº. 7. V. 2(20*18*18). Prolongándose con conglomerado de Q. peritoneales.
- 4.- Nº. 9. V. (10)(15). Localización bisegmentaria periférica.
- 5.- Nº. 11. V. 4.Q. Se desconoce volúmenes.
- 6.- Nº. 18. V. (4)(4). Multivesi, calcifi, bisegmentario periférico. Escasa
viabilidad del hígado. Reintervenido.
- 7.- Nº. 21. V. 5(4). Supurado.
- 8.- Nº. 22. V. (9)(6).
- 9.- Nº. 25. V. 2(15).
- 10.- Nº. 29. V. (15). 2(10).
- 11.- Nº. 36. V. (12)(10). 3(9)(6). Multivesic. calcific. mastic.
- 12.- Nº. 38. V. (4)(8*5*5). Mutivesi. calcifi. Seg. perif.
- 13.- Nº. 39. V. (12). 3(4). Multivesic. Mastic.
- 14.- Nº. 40. V. (20)(4). Multivesic. multilobular? Fístula biliar interna.
- 15.- Nº. 42. V. (8)(5).
- 16.- Nº. 45. V. (9)(8).
- 17.- Nº. 47. V. (7)(6). Multivasic, multilobulado, calcific. mastic.
- 18.- Nº. 58. V. 2(4). Multivesic. calcificado y mastic.

En un segundo grupo situamos a aquellos quistes agrupados por sus características de multiplicidad pero lobar. Si un gran quiste destruye un lóbulo esa destrucción es aun más dañina si ese mismo volumen está repartido en numerosos Quistes. Por eso en 18 ocasiones han sido Hepatectomizados otros tantos pacientes con hidatidosis múltiple lobar. En seis de ellos ha sido la multiplicidad la única causa señalada , en los doce restantes la indicación vino reforzada por la escasa viabilidad del parénquima interquístico, la multivesiculación, la calcificación y la fístula biliar de gran calibre central.

LA MULTIPLICIDAD QUISTICA LOBAR HA DECIDIDO LA RESECCION FRECUENTEMENTE INCLUSO APLICADA CON CARACTER PALIATIVO AL EXISTIR OTROS LOBULOS TAMBIEN CON QUISTES.

Tabla XI

OTROS QUISTES

- 1.- Nº. 1. V. (9*6*6). Multivesic..calcificado.,lóbulos contiguos. escasa viabilidad hígado.
- 2.- Nº. 8. Multivesic.
- 3.- Nº.12. V(10*6*6). Multiloculado. escasa viabilidad hígado. Seg periférico
- 4.- Nº.13. V. (7). Escasa viabilidad hígado. Seg. periférico.
- 5.- Nº.14. V. (9). Lóbulos contiguos, difícil (QPT)
- 6.- Nº.15. Lóbulos contiguos.escasa viabilidad hígado.Fístula hepático I
- 7.- Nº.24. V. (6).Multiloculación.

- 8.- Nº.26. V. (10*7*7).
- 9.- Nº.27. V. (4). Asociación dos patologías. Enf. Caroli Segmentaria.
- 10.- Nº.30. Multivesic.
- 11.- Nº.48. V(9).Multivesiv.
- 12.- Nº.49. Multivesic
- 13.- Nº.52. Muy localizado y periférico en Seg.V.
- 14.- Nº.53. Multivesic., multiloculado, lóbulos contiguos
- 15.- Nº.56. V. (8*7*7). Multiloculado.
- 16.- Nº.57. V. (7). Multivesicular.

En un tercer grupo, más reducido, Tabla XII, incluimos un conglomerado de circunstancias y situaciones que habrían de justificar la práctica de una Hepatectomía. Por ejemplo, un caso por enfermedad asociada (Enf, de CAROLI Segmentaria) y en los restantes, un combinado de todas las características lesionales antes apuntadas y donde predominarían los casos en que se especifica expresamente la mala calidad del hígado a resear, y que han justificado la actitud reseccionista.

Tabla XII

RADICALIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL QUISTE

El Hígado Resecado Incluyó toda la patología Hidatídica en 41 Intervenciones.

El Hígado Resecado no Incluyó Toda la Patología Hidatídica en en 19 Intrevenciones.

No existiendo Informeción en Intervención

Radicalidad Desde el Punto de Vista del Quiste

La radicalidad desde el punto de vista del quiste, quiere significar si en la pieza resecada iba incluida toda la patología. Pues bien, en 19 Hepatectomía de 60, (en 1 no consta) 31,66 %, no ocurrió así ya que, especialmente en las Quistorresecciones se dejó adventicia en algunos casos (e incluso existían otras lesiones hidatídicas concomitantes en otros lóbulos o a distancia) y como ya hemos comentado en otro lugar la cirugía moderna de la Hidatidosis interpreta que la radicalidad asienta, entre otras cosas, en la extirpación total de esta membrana, justificada esta actitud por las causas que en su momento se adujeron. Por tanto:

GRAN PARTE DE ESTA CIRUGIA DE GRAN RADICALIDAD NO HABRIA CONSEGUIDO SU OBJETIVO .

Estudio de la Morbimortalidad Postoperatoria.

El estudio de la morbimortalidad es particularmente interesante pues es índice del precio o premio a esta técnica, y desde luego en parte su justificación.

Tabla XIII

ESTUDIO DE MORBIMORTALIDAD EN 61 HEPATECTOMIAS

MORTALIDAD	1 Paciente 1,63%
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN	24 Pacientes 39,34%
REINTERVENCIONES EN	9 Pacientes. 10,07

La mortalidad ha sido de un solo paciente es decir 1,63%.

En cambio las complicaciones postoperatorias acaecieron en 24 pacientes, o sea el 39,34%, muy superior a la referida en las casuísticas nacionales e internacionales publicadas. De estos pacientes fueron reintervenido 8, y uno de ellos lo fué dos veces, lo que arroja una cifra de reintervenciones del 14,75%, Tabla XIII.

Dos complicaciones hay que destacar por su importancia y frecuencia. el hemoperitoneo y el absceso subfrénico que se dieron en el 7 y 4 ocasiones respectivamente. Le siguen en frecuencia otras 3 complicaciones infecciosas que se presentaron en 3 y 2 postoperatorios, la fiebre sin filiar, la supuración puesta de manifiesto por la expulsión de pus por el drenaje y la infección de la herida. Finalmente un solo caso de las complicaciones siguientes: Bilirragia mantenida, hematoma de pared, ictericia, fístula biliar con expulsión de membrana, atelectasia y seroma en herida, y derrame pleural. Suman 24 complicaciones. Una complicación más, reseñada en una historia, rash cutaneo, no se ha consignado por considerarla de inespecificidad postoperatorio desde el punto de vista de complicación quirúrgica, Tabla XX.

Tabla XIV

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS 24

Hemoperitoneo.....	7 Pacientes
Absceso Subfrénico.....	4 Pacientes
Asociado a vólvulo del delgado.	1
Asociado a pancreatitis, bilirragia, derrame pleural.	1
Fiebre alta y mantenida sin filiar.....	3 Pacientes
Drenaje de Pus.....	2 Pacientes

Bilirragia.....	1 Paciente
Hematoma de Pared.....	1 Paciente
Absceso de Pared.....	2 Paciente
Ictericia.....	1 Paciente
Fistula Biliar con expulsion membranas.....	1 Paciente
Atelectasia y seroma en herida	1 Paciente
Derrame Pleural.....	1 Paciente
Total.....	24 Pacientes 39,34%

LAS RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS SE ACOMPAÑARON DE MODERADA MORTALIDAD PERO DE IMPORTANTE MORBILIDAD ALCANZANDO LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS AL 40% DE LOS CASOS

De estas complicaciones el hemoperitoneo y el absceso subfrénico son las que dieron lugar a 8 reintervenciones, siguiendo por tanto siendo temible las hemorragias en las hepatectomías, Tabla XV.

DESTACAN POR SU FRECUENCIA Y GRAVEDAD EL HEMOPERITONEO Y EL ABSCESO SUBFRENICO QUE ENTRE ONCE DE ESTOS PACIENTES 8 PRECISARON REINTERVENCION

En la Tabla XVI podemos observar la relación de las diversas técnicas con sus complicaciones y con las reintervenciones a que dieron lugar estas.

La Lobectomia Izquierda Clásica Arroja una cifra tan importante como del 36% sobre las veinticinco realizadas. Este hecho sorprende, pues desde hace ya muchos años, el lóbulo izquierdo ha sido siempre considerado relativamente fácil de manejar.

La Hemihepatectomía Izquierda con control Vasculobiliar y las Segmentectomías se han complicado siempre.

las Hemihepatectomías Derechas en el 57% de las realizadas.

La Quistorresecciones tampoco han estado exentas de complicaciones pues las mismas sucedieron en el 26,08 de las realizadas.

Es especialmente llamativo que las Resecciones que hemos designado como Instrumentales con la utilización del Clamp de LIN han arrojado una morbilidad insospechada y un alto índice de reintervenciones, Tabla XVII. De siete Resecciones realizadas con este procedimiento 6 originaron complicaciones postoperatorias. De estos enfermos complicados 2 hubieron de ser reintervenidos

LAS COMPLICACIONES EN LAS HEPATECTOMIAS INSTRUMENTALES CON UTILIZACION DEL CLAMP DE LIN PRESENTARON COMPLICACIONES EN EL 85,71% DE LOS CASOS.

Tabla XV

COMPLICACIONES QUE DIERON LUGAR A REINTERVENCION

HEMOPERITONEO	4 Reintervenciones
ABSCESOS SUBFRENICOS	4 Reintervenciones
TOTAL	8 Reintervenciones

Tabla XVI

COMPLICACIONES Y REINTERVENCIONES SEGUN MODALIDAD DE RESECCION

LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA:.....	25.. (9-C) y (2-R)
Con Control Pedículos Vasculo-Biliares: 5 ..	(1-C)
Sin Control Pedículos Vasculo-Biliares: 14 ..	(5-C)
Instrumental (LIN):	6 .. (3-C) y (2-R)
Control Pedículos.....	2.. (2-C) (2-R)
Sin Control Pedículos..	4.. (1-C)
LOBECTOMIA CLASICA IZQUIERDA AMPLIADA:	1
HEMIHEPATECTOMIA IZQUIERDA.CON CONTROL VASCULO-BILIAR .	3.. (3-C) (1-R)
HEMIHEPATECTOMIA DERECHA	7.. (4-C) (2-R)
Con Control Pedículos...4..	(4-C) (2-R)
Sin Control Pedículos...3	
QUISTORRESECCIONES:	23.. (6-C) (2-R)
Derecha: 16...	(4-C) (1-R)
Izquierdas: 6...	(2-C) (1-R)
Triple:	1
SEGMENTECTOMIAS:	2.. (2-C) (1-R)
Izquierda (II) Instrumental (LIN)	1.. (1-C)
Derecha (V, VI, VII).....	1.. (1-C) (1-R)
TOTAL.....	60.. (23-C) (9-R)

Tabla XVII

RESECCIONES INSTRUMENTALES. CLAMP DE LIN 7.

Postoperatorio Complicados	6.
Reintervenciones	2.

CAPITULO VIII

HEPATECTOMIAS-QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS .TOTALES ESTUDIO COMPARATIVO

La Quistoperiquistectomía Total es también una técnica radical aceptada ya por la mayor parte de las escuelas quirúrgicas importantes, quienes la consideran ideal y con muy escasa morbilidad (91)(92)(93)(94)(95)(96). Su radicalidad extrínseca en que su fin es la ablación total del parásito y de su capsula adventicia hepática

reaccional, en la cual la cirugía moderna consideran puede ser fuente de complicaciones y de recidivas futuras. Es prácticamente casi una Hepatectomía Atípica, diferenciándola del resto de las Hepatectomías en que en estas además se extirpan porciones de hígado de escasa viabilidad o francamente patológicos, a su vez que tratan los problemas graves biliares con más radicalidad.

De particular interés será el estudio comparativo entre la morbimortalidad registrada, así como el número de estancias hospitalarias postoperatorias en ambos grupos de pacientes intervenidos por Resección Hepática o por Quistoperiquistectomía Total, ya que si las primeras aportan un punto más de radicalidad es necesario saber si se paga tributo y en que cuantía se paga. En una palabra si merece o no restarle campo de actuación a la segunda.

Menos interés tiene actualmente el estudio comparativo con las Técnicas Conservadoras, (especialmente las Marsupializaciones y los Drenajes Internos), pues desde hace ya tiempo que vienen perdiendo prestigio y en algunas escuelas, reducida su aplicación a técnicas de recurso, ya que la morbimortalidad y prolongadas estancias ha sido puesta de manifiesto en innumerables ocasiones, (97)(98)(99)(100)(101)(102)(103).

Para este estudio seleccionamos al azar 61 historias de intervenidos por Quistoperiquistectomías Totales, es decir el mismo número de pacientes Hepatectomizados. Con estas 61 historia clínicas se confeccionan otras tantas fichas similares a la de los sometidos a Resección Hepática, aun cuando más simplificadas, las cuales después de procesadas nos van arrojar datos sobre los que estableceremos las comparación pertinentes.

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 1

AÑO: 1985

Ingresó: 9-V-85 Alta: 31-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22

EDAD: 19

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 21-V-85 DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Se combinó con marsupialización

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 2

AÑO: 1984

Ingresó: 31-VIII-84. Alta: 26-IX-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 26

EDAD: 42

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 18-IX-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

Unico: S Múltiple:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. S

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 3

AÑO: 1986

Ingresó: 31-III-86. Alta: 17-IV-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 17

EDAD: 61

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 7-IV-86 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S(10)+(4)

Lóbulo Izquierdo. (20)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII. *

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: * No se conoce el Seg. derechos afectados

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 4

AÑO: 1984

Ingresó: 19.X-84. Alta: 4-I-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 77

EDAD: 36

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 12-XI-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 53

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (25*25*20)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Combina con Marsupialización en lóbulo derecho

Afectación a tres lóbulos

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 5

AÑO: 1984

Ingresó: 5-X-84. Alta: 3-XII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 68

EDAD: 58

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H.

INTERVENCION.FECHA: 15-XI-84 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 27

Q. UNICO: S Q.MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (15)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Periférico

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 6

AÑO: 1984

Ingresó: 3-XII-84. Alta: 16-I-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 44

EDAD: 50

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 17-XII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 30

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (20)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural. Infección Herida

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 7
AÑO: 1984

Ingresó: 9-I-1984. Alta: 27-I-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 18
EDAD: 53
SEXO: H
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 12-I-84 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 15
Q. UNICO: Q. MULTIPLE 3
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (2)
Lóbulo Izquierdo. S (12)+ (3)
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural

REINTERVENCION:
OBSERVACIONES:

MUERTE: CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 8
AÑO: 1984

Ingresó: 22-I-84. Alta: 12-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 21
EDAD: 41
SEXO: H
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 27-I-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 16
Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (3)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado. S (12)
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hidroneumotorax

REINTERVENCION:
OBSERVACIONES:

MUERTE: CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 9
AÑO: 1984

Ingresó: 26-I-1984. Alta: 12-II-84 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 17
EDAD: 31
SEXO: V
ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H.
INTERVENCION.FECHA: 8-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho.
Lóbulo Izquierdo. S
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Cavidad residual con fístula cutánea por operación anterior

MUERTE: CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 10
AÑO: 1984

Ingresó: 8-II-84. Alta: 16-III-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 37
EDAD: 54
SEXO: V
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 29-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 16
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (22*16*16)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hidroneumotorax. Atelectasia. Insufi. Resp.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE: CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 11

AÑO: 1984

Ingresó: 15-II-84. Alta: 2-V-84 DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 77

EDAD: 63

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 13-II-84 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 50

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (7)+(4)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural. Oligoanuria prerrenal.

Absceso herida. Drenaje prolongado

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 12

AÑO: 1984

Ingresó: 10-IV-84. Alta: 4-VI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 55

EDAD: 55

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 17-V-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 18

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (4*3*3)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Neumonía. Seroma herida. Drenaje prolongado.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Fistula biliar

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 13

AÑO: 1984

Ingresó: 23-IV-84. Alta: 16-VI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 54

EDAD: 66

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 28-V-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 19

Q. UNICO: Q. MULTIPLE 4

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (18)+2()

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel. S

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 14

AÑO: 1984

Ingresó: 18-V-84. Alta: 10-VII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 53

EDAD: 32

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 18-VI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 22

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8*8*6)+(7)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 15

AÑO: 1984

Ingresó: 18-VI-84. Alta: 21-9-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 93

EDAD: 56

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H

INTERVENCION.FECHA: 24-VII-84 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 59

Q. UNICO: Q. MULTIPLE 3

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8)+(5*5*4)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S (22*20*20)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso hepático, fístula biliar prolongada

REINTERVENCION: S

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 16

AÑO: 1984

Ingresó: 28-IX-84. Alta: 6-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 39

EDAD: 74

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 26-X-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (15)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: multivesic. periférico

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 17

AÑO: 1984

Ingresó: 20-X-84. Alta: 12-XI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22

EDAD: 51

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H.

INTERVENCION.FECHA: 29-X-84 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 13

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (4)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Supurado

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 18

AÑO: 1984

Ingresó: 25-X-84. Alta: 14-XI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 19

EDAD: 27

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 6XI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. (9*9*8)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 19

AÑO: 1984-1985

Ingresó: 12-XII-84. Alta: 2-II-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 52

EDAD: 31

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 14-I-85 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 19

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (10*10*8)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Bilirragia, Fiebre

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Fístula biliar, obstrucción del colédoco.

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 20

AÑO: 1984

Ingresó: 29-V-84. Alta: 14-VI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 16

EDAD: No consta

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 6-VI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S(5)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 21

AÑO: 1985

Ingresó: 19-IV-85. Alta: 24-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 35

EDAD: 15

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 24-IV-85 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 30

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fístula biliar.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 22

AÑO: 1985

Ingresó: 17-IV-85. Alta: 27-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 40

EDAD: 36

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 6-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 21

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (5)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fiebre

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 23

AÑO: 1985

Ingresó: 15-VI-85. Alta: 3-VII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 18

EDAD: 27

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 20-VI-85 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 13

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. S (10)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesi. Fístula biliar

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 24

AÑO: 1985

Ingresó: 11-VI-85. Alta: 11-VII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 30

EDAD: No

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 20-VI-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 21

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (12*5*5)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 25

AÑO: 1985

Ingresó: 6-IX-85. Alta: 17-II-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 72
EDAD: 36
SEXO: V
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 7-X-85 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 41
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (12*10*10)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Drenaje purulento y prologado

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 26

AÑO: 1986

Ingresó: 25-IV-86. Alta: 12-VII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 78
EDAD: 59
SEXO: V
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 6-V-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 68
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (15)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico. Drenaje prolongado

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 27

AÑO: 1986

Ingresó: 30-VII-86. Alta: 29-IX-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 60

EDAD: 44

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H

INTERVENCION.FECHA: 9-9-86 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 10

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (9)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 28

AÑO: 1986

Ingresó: 1-X-86. Alta: 3-XII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 63

EDAD: 20

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 24-X-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 40

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 4

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (10*8*8)+(4*3*3)

Lóbulo Izquierdo. S (*6*5*5)

Lóbulo Cuadrado. S (10*8*8)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemoperitoneo. Fistula biliar

REINTERVENCION: S

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 29

AÑO: 1985

Ingresó: 12-V-85. Alta: 27-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 15

EDAD: No

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 13-V-85 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 14

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S

Lóbulo Izquierdo. S (6)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 30

AÑO: 1984

Ingresó: 8-II-84. Alta: 12-III-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 32

EDAD: 28

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 28-II-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 31

AÑO: 1984

Ingresó: 24-IV-84. Alta: 26-IV-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 2
EDAD: 20
SEXO: H
ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H
INTERVENCION.FECHA: 26-IV-84 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 0
Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 3
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (10)+(7)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Parada cardiaca intraoperatoria.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Del tercer quiste no disponemos localización

MUERTE: S CAUSA: Parada cardiaca

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 32

AÑO: 1985

Ingresó: 8-X-85. Alta: 24-X-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 16
EDAD: 54
SEXO: H
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 15-X-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (10)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular. Fístula biliar importante

MUERTE: CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 33

AÑO: 1986

Ingresó: 17-XI-86. Alta: 26-XI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 9

EDAD: 21

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 20-XI-86 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 6

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S (10*7*7)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 34

AÑO: 1986

Ingresó: 2-IX-86. Alta: 16-IX-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 14

EDAD: 62

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 5-IX-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (6)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 35

AÑO: 1984

Ingresó: 22-VI-84. Alta: 7-VII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 16

EDAD: 14

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 29-VI-84 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (7)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S (12*8*8)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 36

AÑO: 1984

Ingresó: 16-XI-84. Alta: 6-XII-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 20

EDAD: 25

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 28-XI-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (14)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 37

AÑO: 1985

Ingresó: 11-XI-85. Alta: 23-XII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 42

EDAD: 64

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 28-XI-85 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 25

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (10)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Derrame pleural. Neumonía

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 38

AÑO: 1985

Ingresó: 8-III-85. Alta: 24-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 77

EDAD: 74

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 8-IV-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 46

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. S (4)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemorragia digestiva alta. Drenaje prolongado

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 39

AÑO: 1986

Ingresó: 5-II-86. Alta: 28-V-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 112

EDAD: 47

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDÁTIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 27-II-86 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 90

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (2)

Lóbulo Izquierdo. S (12)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico. Drenaje biliar persistente
Infección urinaria.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 40

AÑO: 1984

Ingresó: 26-IV-84. Alta: 12-V-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 16

EDAD: 47

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 4-V-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. S (6)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA: Multivesicular

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 41

AÑO: 1984

Ingresó: 9-IV-84. Alta: 23-V-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 44

EDAD: 65

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 18-IV-84 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 35

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (17*15*15)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .Drenaje persistente

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular.Gran fístula hepátoico dercho

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 42

AÑO: 1984

Ingresó: 4-IV-84. Alta: 23-IV-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 19

EDAD: 37

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 12-IV-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. S

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multilobulado

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 43

AÑO: 1985

Ingresó: 21-III-85. Alta: 18-IV-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 28

EDAD: 39

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATÍDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 26-III-85 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 23

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (7)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Calcificado

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 44

AÑO: 1984

Ingresó: 1-III-84. Alta: 15-III-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 14

EDAD: 66

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 6-III-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (15)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 45

AÑO: 1986

Ingresó: 17-XI-86. Alta: 28-XI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 11

EDAD: 62

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 20-II-86 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 8

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (7)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 46

AÑO: 1986

Ingresó: 13-IX-86. Alta: 30-IX-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 17

EDAD: 43

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 24-IX-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 6

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. S

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 47

AÑO: 1985

Ingresó: 30-V-85. Alta: 13-VI-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 14

EDAD: No consta

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 4-VI-85 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S (8)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Atelectasia .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 48

AÑO: 1985

Ingresó: 13-II-85. Alta: 25-II-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 12

EDAD: No

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 14-II-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (5)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Calcificado

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 49

AÑO: 1985

Ingresó: 10-I-85. Alta: 8-II-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 29
EDAD: 39
SEXO: V
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 23-I-85 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 16
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho.
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado. S (8)
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: . Fiebre alta y prolongada

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Calcificado

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 50

AÑO: 1986

Ingresó: 11-XII-86. Alta: 24-XII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 23
EDAD: 46
SEXO: V
ANTECEDENTES HIDATIDICOS:
INTERVENCION.FECHA: 17-XII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7
Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:
TOPOGRAFIA:
Lóbulo Derecho. S (5)
Lóbulo Izquierdo.
Lóbulo Cuadrado.
Lóbulo Espigel.
Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 51

AÑO: 1986

Ingresó: 1-IX-86. Alta: 30-IX-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 29

EDAD: 70

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 10-IX-86 . DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA:

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (4)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 52

AÑO: 1986

Ingresó: 11-XII-86. Alta: 24-XII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 13

EDAD: 46

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 17-XII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 7

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (5)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 53

AÑO: 1984

Ingresó: 29-VII-86. Alta: 7-VIII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 9

EDAD: 47

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 29-VII-86 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 9

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 2

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8*7*7)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular. Calcificado

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 54

AÑO: 1984

Ingresó: 7-II-84. Alta: 3-IV-84. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 55

EDAD: 25

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 23-III-84. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hidroneumotorax.

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 55

AÑO: 1985

Ingresó: 17-III-85. Alta: 30-IV-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 44

EDAD: 62.

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 12-IV-85 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 18

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Transito hepatotorácico. Fístula biliar.

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 56

AÑO: 1985

Ingresó: 14-VII-85. Alta: 26-VIII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 43

EDAD: 28

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 18-VII-85. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 39

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 3

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (4)

Lóbulo Izquierdo. S (8)

Lóbulo Cuadrado. S (4)

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Absceso subfrénico. Prolongado drenaje

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 57

AÑO: 1986

Ingresó: 20-II-86. Alta: 12-III-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 20

EDAD: 37

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS: Q.H.H

INTERVENCION.FECHA: 28-II-86 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 12

Q. UNICO: Q.MULTIPLE: 3

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S 3

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 58

AÑO: 1986

Ingresó: 9-VI-86. Alta: 1-VII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 22

EDAD: 44

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 20-VI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho.

Lóbulo Izquierdo. (20)

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 59

AÑO: 1986

Ingresó: 14-VII-86. Alta: 26-VII-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 12

EDAD: 43

SEXO: H

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 15-VII-86 .DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 11

Q. UNICO: S Q.MULTIPLE

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (8)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: .

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES: Multivesicular

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 60

AÑO: 1986

Ingresó: 21-X-86. Alta: 15-XI-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 24

EDAD: No consta

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION.FECHA: 23-X-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 22

Q. UNICO: S Q. MULTIPLE:

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S (7)

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado.

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Fístula gástrica. Insuficiencia respiratoria

REINTERVENCION:

OBSERVACIONES:

MUERTE:

CAUSA:

QUISTOPERIQUIISTECTOMIAS TOTALES HEPATICAS

Nº: 61

AÑO: 1986

Ingresó: 20-II-86. Alta: 6-IV-86. DIAS DE HOSPITALIZACION TOTAL: 45

EDAD: 61

SEXO: V

ANTECEDENTES HIDATIDICOS:

INTERVENCION. FECHA: 10-III-86. DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA: 27

Q. UNICO: Q. MULTIPLE: 3

TOPOGRAFIA:

Lóbulo Derecho. S ()

Lóbulo Izquierdo.

Lóbulo Cuadrado. S 2 ()

Lóbulo Espigel.

Segmentos. I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Coleperitoneo

REINTERVENCION: S

OBSERVACIONES: Fístulas biliares

MUERTE:

CAUSA:

RESULTADOS

En las Tablas I, II, III, IV, V y VI, encontramos los resultados numéricos más significativos del procesamiento de las 61 fichas precedentes de los pacientes sometidos a Quistoperiquistectomías Totales.

Tabla I

61 Pacientes Sometidos a Quistoperiquistectomía Total Estudiados

Edad Media.- 44,6 años

Sexo:

Varones 27.

Hembras 34.

Estancia Media Hospitalaria.- 35,32

Estancia Media Postoperatoria.- 20,45

Antecedentes Hidatídicos.- 7

Tabla II

Numero de Quistes.- 91 en 61 pacientes

Quistes Unicos.- 41 en 41 pacientes

Quistes Múltiples.- 50 en 20 pacientes

12 Pacientes con 2 Quistes

6 Pacientes con 3 Quistes

2 Pacientes con 4 Quistes

Tabla III

Topografía Lobar.-

Lóbulo Derecho. 48

Lóbulo Izquierdo. 14

Lóbulo Cuadrado. 14

Lóbulo de Spiegel. 1

(Cuando el Q. afecta a 2 o 3 lóbulos solamente se consigna el más afectado)

Topografía Segmentaria.-

Segmento I. 1

Segmento II. 14

Segmento III. 17

Segmento IV. 19

Segmento V. 24

Segmento VI. 23

Segmento VII. 24

Segmento VIII. 21

Tabla IV

Tamaño de los Quistes.-

Con un diametro de 25 cms.	1	Q.
Con un diametro de 22 cms.	1	Q.
Con un diametro de 20 cms.	3	Q.
Con un diametro de 18 cms.	1	Q.
Con un diametro de 17 cms.	1	Q.
Con un diametro de 15 cms.	4	Q.
Con un diametro de 14 cms.	1	Q.
Con un diametro de 12 cms.	6	Q.
Con un diametro de 10 cms.	9	Q.

Tabla V

Postoperatorias Complicados.- 28

Derrames Pleurales.	6
Absceso subfrénicos.	6
Fístula biliar prolongada.	5
Hidroneumotorax.	3
Fiebre alta y prolongada.	2
Coleperitoneo.	1.
Fístula gástrica.	1
Atelectasia.	1
Hemoperitoneo.	1
Drenaje purulento.	1
Absceso hepático.	1

(Alguno de estos pacientes presentó simultaneamente otras complicaciones a parte de la de mayor rango consignada)

Tabla VI

Muerte.- 1 Caso. 1,64 % Causa.- Parada cardiaca intraoperatoria

Reintervenciones. 3

Por absceso hepático.

Por hemoperitoneo.

Por coleperitoneo.

ESTUDIO COMPARATIVO

En ambos grupos encontramos edades medias de 43,45 años para los pacientes sometidos a Resección y de 44,6 para los sometidos a Quistoperiquistectomía. Es decir ambas técnicas se utilizan con preferencia en pacientes de edades medias y similares si bien ligeramente inferior en los pacientes Hepatectomizados.

Otro punto a destacar es también la coincidencia en cuanto a las Estancias Hospitalarias e incluso de las Estancias Posoperatorias. Pacientes sometidos a Resección y pacientes a quienes se le ha practicado una Quistoperiquistectomía tuvieron una Estancia Media Hospitalaria de 36,49 y 35,32 respectivamenete pero aun es más coincidente cuando nos referimos a Estancias Medias Postoperatrias pues ambas estancias son casi superponibles 20,34 y 20,45 respectivamente.

HEPACTECTOMIAS Y QUISTOPERQUISTECTOMIAS SON IGUALES EN RENTABILIDAD EN CUANTO A ESTANCIAS POSTOPERATORIAS SE REFIERE PUES AMBAS COINCIDEN APROXIMADAMENTE EN LOS 20 DIAS DE INTERNAMIENTO DESPUES DE LA OPERACION

En cuanto al número de quistes y al tamaño de los mismos sí hay diferenciación a la hora de aplicar dichas técnicas pues por ejemplo en el grupo de los Resecados fueron 114 quistes y entre los sometidos a Quistoperiquistectomía Total fueron 91. Existiendo en el primer grupo pacientes que eran portadores de 9,7,6,5 quistes respectivamente y ninguno en el segundo grupo con este número, así como portadores de dos quistes fueron 16 pacientes en los Hepatectomizados y 12 en los sometidos a Quistoperiquistectomía Total.

LA MULTIPLICIDAD QUISTICA ES MAS HABITUAL EN LAS INDICACIONES DE RESECCION HEPATICA QUE EN LAS QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES.

En el tamaño de los quistes hay aun más divergencia pues quistes grandes, como por ejemplo de 20 cms (de un diametro), encontramos entre los pacientes sometidos a Resección 16 y, solamente, 3 entre el grupo de los sometidos a Quistoperiquistectomías Total. Quistes gigantes de 25 o más fueron tres los del primer grupo y solamente uno en el segundo.

QUISTES DE GRAN TAMAÑO O GIGANTES SE ENCUENTRAN MAS FRECUENTEMENTE ENTRE LOS RESECADOS.

En cuanto a la topografía lobar, (lóbulo principalmente afectado) lo más llamativo es que entre los sometidos a Resección figura la localización en el lóbulo izquierdo en 36 ocasiones y en cambio en los sometidos a Quistoperiquistectomía Total solamente en 14 y, por el contrario entre el primer grupo hay 8 localizaciones en el lóbulo cuadrado y 14 en el segundo grupo. No es aventurado pensar que la topografía influye notoriamente en la decisión al practicar una u otra técnica.

EL LOBULO IZQUIERDO INDUCE MAS A LA PRACTICA DE HEPATECTOMIAS QUE A LA EJECUCION DE QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES. EN CAMBIO LAS LOCALIZACIONES EN EL LOBULO CUADRADO MAS DIFICIL DE MANEJAR A LA HORA DE PRACTICAR UNA HEPATECTOMIA INCLINARIAN A REALIZAR UNA QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL.

En la distribución segmentaria se observa que en los segmentos del lóbulo derecho son afectados muy parecidamente en ambos grupos, siéndolo el V y el VI casi exactamente el mismo número de veces. Evidentemente en estos casos y máxime cuando los quistes son del reborde hepático ambas técnicas tienen la misma facilidad de ejecución.

En cuanto a los Postoperatorios Complicados han sido en los pacientes sometidos, al menos en uno de sus quistes, a Quistoperiquistectomía Total 28, es decir el 46,67 % y, en el caso de los Resecados han sido 24, o sea el 40 %.

Las complicaciones más frecuentes entre los primeros han sido el absceso subfrénico, los derrames pleurales y las fístula biliares. Entre los sometidos a algún tipo de Hepatectomía, lo fueron el hemoperitoneo, el absceso subfrénico y la fiebre mantenida, siendo la fístula biliar más frecuente en el postoperatorio de la Quistoperiquistectomías Totales.

Estos pacientes complicados hubieron de ser reintervenidos en ocho ocasiones en los Hepatectomizados y solamente en 3 ocasiones en los operados por Quistoperiquistectomía Total. Es decir, las complicaciones aun moderadamente menores en el primer grupo presupusieron con frecuencia una agudeza mayor que en el segundo grupo pues el hemoperitoneo sigue al parecer siendo la complicación más severa y característica de las Hepatectomías.

LOS POSTOPERATORIOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEPATECTOMIAS SE COMPLICARON EN EL 40% DE LOS CASOS Y EN LOS SOMETIDOS A QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES EN EL 46,67. SIN EMBARGO, LAS REINTERVENCIONES FUERON MAS DEL DOBLE ENTRE LOS PRIMEROS.

LA MORTALIDAD DE UN CASO FUE DISCRETA E IGUAL PARA AMBOS GRUPOS DE PACIENTES RESULTANDO UN INDICE DEL 1,64%.

CÁPITULO IX

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El objetivo y la justificación de esta Tesis podemos resumirla en los siguientes párrafos:

- Que siendo endémica la Hidatidosis en mi país, el Irak, con poco desarrollo y actualización de su estudio, decidí investigar en este campo y en otro lugar que también tuviera la misma problemática y, a ser posible, donde existiera un mayor conocimiento del tema, así como mayor nivel científico y tecnológico. El objetivo es transportar los conocimientos adquiridos en beneficio de mis compatriotas. y por eso, Tesina y Tesis Doctoral han sido realizadas sobre esta antropozoonosis y, precisamente, en España.

- Que este proyecto y la utilidad del mismo ha sido comprendida por el Instituto Hispano Árabe quien ha tenido la gentileza de patrocinar mi estancia en España.

- Que la *Hidatidosis-Equinococoosis* sigue golpeando a la humanidad, aun cuando no de forma tumultuosa sí continuada, astuta y tenazmente, existiendo mucho de acostumbramiento y resignación ante el problema, pasando de ser actualidad en los medios científicos. Su carga humana y económico-social, así como su carácter tercermundista obligan a luchar contra ella en todas partes donde exista. Por ello, aparte de las medidas sanitarias de la Administración, deberemos seguir, todos aquellos que más o menos directamente rozamos el problema, realizando estudios y publicaciones sobre cualquiera de sus facetas.

- Que al descender en España los casos nuevos de Hidatidosis y, sin embargo, mantenerse constante las cifras de incidencia hospitalaria, como lo demuestran los datos epidemiológicos suministrados por el Instituto Nacional de Estadística en sus estudios sobre morbilidad hospitalaria, nos sugiere que la responsabilidad de este fenómeno se debe al número elevado de pacientes que vuelven a ingresar en los hospitales y que ya anteriormente han sido operados por lo menos una vez. Este número de reintervenciones es así mismo constatado en numerosas casuísticas publicadas.

- Que de los 2500 pacientes hidatídicos ingresados en los hospitales españoles, solamente 800 casos fueron nuevos, (1986).

- Que este fenómeno recurrencial demuestra que el Tratamiento Quirúrgico de la Hidatidosis, especialmente el de la Hepática dista, aún mucho, de estar resuelto. Nos referimos especialmente a la Hepática porque entre otras cosas el número de estos pacientes es muy superior a la de las demás localizaciones.

- Que este fenómeno podría conducirnos a una situación tan aberrante como la de *quesi en un momento dado los Programas de Control de la Hidatidosis terminasen con la enfermedad, los cirujanos aun seguiríamos operando quistes hidatídicos o sus secuelas 20 años más tarde.*

- Que una cirugía con un número tan alto de pacientes que, bien por recurrencia parasitaria o bien por patología secuelar cuando no yatrogénica, origina tantos reingresos, merece por lo menos una detenida reflexión por parte de los cirujanos que deberíamos plantearnos la siguiente interrogante: *¿Las técnicas quirúrgicas habituales y su grado de radicalidad han llegado ya al máximo de su capacidad y rendimiento?. ¿Existe alguna técnica quirúrgica que sea tan radical que, por lo menos, teóricamente erradique todo vestigio de enfermedad parasitaria así como de toda la patología originada por la misma?. ¿Que precio habríamos de pagar a tal radicalidad?.*

- Que precisamente hemos elegido estudiar las Resecciones Hepáticas por existir consenso sobre su radicalidad teórica.

- Que en los sucesivo aceptaremos como clasificación de las Técnicas Quirúrgicas actuales en la Hidatidosis hepática la siguiente:

Cirugía Conservadora de la Hidatidosis Hepática

- Marsupializaciones Clásicas y diversa técnicas de Evacuación y Drenaje.
- Quistoperiquistectomías Incompletas

Cirugía Radical de la Hidatidosis Hepática

- Quistoperiquistectomías Totales
 - Resecciones Hepáticas
- Que las Resecciones Hepáticas son las técnicas de máxima radicalidad por cubrir los siguientes objetivos:
- 1.- Pueden eliminar totalmente la enfermedad parasitaria.
 - 2.- No dejan cavidad residual.
 - 3.- No dejan fístulas biliares.
 - 4.- Si hacen la extirpación en bloque evitan toda posible contaminación.
 - 5.- Extirpan, al mismo tiempo, las lesiones parahidatídicas como los fragmentos de hígado patológico y otras lesiones estenóticas biliares.
 - 6.- Son a veces la única salida dentro de la Cirugía Radical cuando no puede realizarse la Quistoperiquistectomía. (múltiples loculaciones de la adventicia, calcificación de la misma...
 - 7.- Son los procedimientos más lógicos en las Hidatidosis múltiples unilobulares con múltiples quistes.

- Que como quiera que existen autores que aseguran yá que las Resecciones Hepáticas son una mejor alternativa quirúrgica, hemos querido estudiar, lo más objetivamente posible, el papel actual de las diversas modalidades de estas técnicas en España, especialmente la frecuencia con que estas técnicas son utilizadas, el precio que se paga a su radicalidad expresado en morbilidad y estancias hospitalarias, así como, el ritmo en el aumento o no de aceptación en los últimos años, así como su relación comparativa con las demás técnicas.

- Que siendo hasta 1984, por lo menos, la mayor dificultad técnica y el mayor riesgo en su ejecución un factor decisivo a la hora de decidir su aplicación, queremos ver si persisten tales motivos.

- Que como referencia imperfecta a este estudio tendremos en cuenta índices de diversas series españolas y extranjeras publicadas y, muy especialmente, los índices medios deducidos de 10 series hospitalarias que incluyen los casos de Hidatidosis hepática operados con técnicas de Resección y publicados independientemente por diversas escuelas.

- Que el mejor procedimiento en nuestras manos para hacer un estudio retrospectivo es a través de la investigación, estudio multicéntrico que nos va a proporcionar cifras estadísticas muy objetivas y unos índices de tendencias evolutivas futuras de interés, así como unas referencias comparativas con otras técnicas, como por ejemplo con la Quistoperiquistectomía Total, la cual va ganando cada vez más adeptos.

- Que iniciada esta Tesis Doctoral en 1987, decidimos estudiar lo acaecido en este campo en el pasado inmediato, es decir en el Trienio 1984-1986.

- Que al no existir estudios multicéntricos específicos sobre el particular y muy especialmente del que hemos realizado con visitas personales a los diversos Hospitales, creemos le da un valor objetivo especial a esta Tesis.

En cuanto a los antecedentes históricos en la aplicación de las técnicas de Resección Hepática, podremos resumirlo de la siguiente forma:

- Que al parecer hay noticias de que ya a principios el siglo XVIII se habían practicado alguna Resección Hepática rudimentaria por el procedimiento de la exteriorización previa, pero que dichas técnicas se postergaron dos siglos por su altísima mortalidad.

- Que ya en nuestro siglo WENDEL en 1911 y CAPRIO en 1931 practicaron Resecciones Hepáticas incluso con ligadura arterial, pero en realidad es después de la II Guerra Mundial cuando comenzó la verdadera etapa de esta cirugía, desarrollada lentamente, y gozando de los grandes avances tecnológicos habidos en los campos de la anestesia, reanimación y de toda la Cirugía en general.

- Que en honor a la verdad hemos de decir que las Resecciones Hepáticas seguían teniendo una morbilidad exagerada, pues las grandes

hemorragias incoercibles, que con frecuencia esta técnica podía originar, seguían siendo un freno en su su aplicación.

- Que en 1939 THON THAT TUNG introdujo en la cirugía reglada de las Resecciones Hepáticas la Técnica Transparenquimatosa utilizando los dedos para la separación de la zona del hígado a extirpar, pero que dicha técnica no fué muy divulgada hasta que LIN lo hace y la da a conocer como "Finger Fracture" a partir de 1954.

- Que son los trabajos anatómicos de HJORTSJÖ, ELIAS Y COUINAUD quienes crean el substrato anatómico moderno de las Hepatectomías.

- Que LORTAT-JACOB en 1952 introduce la técnica reglada de control y disección de los pedículos bilivasculares, publicando en ese mismo año J.SENEQUE la primera lobectomía Izquierda Reglada.

- Que al año siguiente QUATTLEBAUN da a conocer la primera Trisegmentectomía realizada con éxito y al año siguiente PACK realiza la primera Lobectomía Mediana descrita.

- Que en 1973 LIN introduce sus clanes hemostáticos que le permitiría realizar algunas Resecciones en poco tiempo y sin hemorragias.

- Que hoy ya podemos sintetizar las diversas modalidades de Resecciones Hepáticas en :

A) Resecciones Regladas o Típicas

- 1.-Con control hiliar (Caprio, Lortat-Jacob y Robet)
- 2.-Via transparenquimatoso (Ton That-Tung)
- 3.-Via combinada

B) Resecciones Hepáticas Atípicas o a la Demanda de la Lesión.

Exeresis parciales, Quistorresecciones...).

C) Instrumental (Clan de Lin)

Típica

Atípica.

- Que el concepto de que la Hidatidosis es una enfermedad benigna y que por tanto no estaba justificado exponer al paciente a grandes riesgo, retrasó el desarrollo de estas técnicas aplicada a dicha enfermedad. No obstante, como hechos anecdóticos precoces se citan una Resección Hepática Atípica realizada en hidatidosis por LORETA en 1889, y 12 Hepatectomías parciales por quistes hidatídicos referidas por FINOCHOIETO en las primeras décadas de nuestro siglo.

- Que en donde menos reparo existió para la aplicación de estas técnicas fué en la Hidatidosis Alveolaris ya que, como dice MICHAN en esta enfermedad puede y deben probarse las técnicas más audaces.

- Que en la aplicación de las técnicas reseccionistas fué BURGEON uno de sus primeros y más decididos defensores, fijando sus indicaciones.

- Que no es hasta la década de los setenta cuando comienzan a publicarse casuísticas importantes y ya SKAMNAKKIS afirma que en extensas

afectaciones hepáticas por monoquiste o poliquiste el método de elección sería la Lobectomía.

- Que los casos más numerosos publicados son los de TOADER, CAZACU Y CIUROIU con 40 hepatectomías parciales, los de SAPKAS, PAPA EVANGELOU Y MANTONAKIS con 34 y los de CASAY, KOSHINO, KAWANISHI, HATA YASSIMOTO Y KUMAGAY con 28 casos, incluyendo 5 Trisegmentectomías. En esa misma década MESTIRI en Túnez publicó 57 Hepatectomías que habían sido realizadas en 11 años.

- Que en esa misma década en España aun no existían series importantes siendo tal vez la más numerosa la de MORENO GONZALEZ con 11 Quistorresecciones y 3 Lobectomías.

- Que ya en nuestra década encontramos más numerosas casuística como la de la Universidades de Nápoles y Roma con 26 y 14 Resecciones respectivamente, la de la Universidad de Belgrado también con 26 casos y la de la Universidad de Hokkaido (Japón) con 83 casos. En España, fueron publicadas las series de SOLETO SAEZ, GONZALEZ Y GONZALEZ, MORENO GONZALEZ, MARTINEZ PIÑEIRO, NARBONA ARNAU, RELIMPIO FERRER con 33, 32, 21, 21, 20 y 25 casos respectivamente.

Los fundamentos morfológicos de las Resecciones Hepáticas en la Hidatidosis son resumidos análogamente de la forma siguiente:

- Que estos fundamentos asientan en las peculiaridades parasitarias, en las alteraciones típicas originadas en el hígado y en el sistema biliovascular por el desarrollo larvario y en la peculiar abundancia y reactividad del conjuntivo hepático, frente a esta enfermedad.

- Que una vez anclados los Embriones Exacantos en el hígado (Hidatidosis primaria) o los Protoescoex (Hidatidosis secundaria) y vencida la reacción inmunobilógica comienza el desarrollo larvario con la formación de una hidátide y una cápsula fibrosa reactiva o adventicia.

- Que desde hacía mucho tiempo se sabía que las escasas necesidades del parásito para sobrevivir y su fácil autorreproducción eran condicionantes de muchos fracasos terapéuticos, pero que solamente más tarde se comenzó a darle la importancia real en muchos de estos fracasos a la adventicia. Siendo esta nueva filosofía la que sustenta la etapa moderna de la cirugía de la Hidatidosis.

- Que los escolex son muy sensibles a los anticuerpos pero la capa viva o germinativa de la hidátide es muy resistente a los mismos, pero al parecer esta sí es vulnerable a los nuevos quimioterápicos, hecho que incidirá en la terapéutica incluso quirúrgica.

- Que el organismo durante tiempo tolera el crecimiento de la hidátide debido a que el *Equinococcus granulosus* es un gran manipulador del sistema inmunitario, pues al ser un ser vivo que se desarrolla en el hombre debería ser rechazado. Esta tolerancia es responsable que la hidátide pueda

alcanzar gran volumen y pueda originar e incluso destruir grandes sectores hepáticos.

- Que la reactividad del tejido conjuntivo del hígado es muy grande por lo que la adventicia de los quistes hepáticos es gruesa y a veces manda prolongaciones periquísticas que ofrecen grandes dificultades a la extirpación adventicial con riesgo de grandes hemorragias, siendo en estos casos preferible renunciar a la Quistoperiquistectomía Total y practicar una Resección.

- Que a su vez la adventicia tiene su propia patología produciendo sufrimiento del parásito por carencia de nutrición y alteraciones en el hospedador. Su patología general es la del conjuntivo (Hialinización, esclerosis, osificación, calcificación e infiltraciones inflamatorias).

- Que la alteración del espacio periparasitario o adventicial por la entrada en él de aire, bilis o bacterias va a perturbar también la nutrición de la hidátides que va a originar formas de resistencia para autorreproducirse y va a romperse comenzando una nueva etapa de Hidatidosis complicada oponiendo mayores dificultades a una terapeutica quirurgica curativa al 100 por 100.

- Que en el parénquima hepático se van a producir aplastamientos de los hepatocitos colapsándose los cordones celulares o desapareciendo, invadiendo el conjuntivo las areas de necrosis. La única técnica que tiene en cuenta estas zonas patológicas es precisamente la Hepatectomía quien no duda en suprimir estas al tener en cuenta las posibilidades de compensación

funcional hepática, observándose que cuando un gran quiste o múltiples quistes ocupan todo un lóbulo el otro se hipertrofia.

- Que alteraciones en arteriolas, venas y linfáticos han sido descritas, pero que las más graves y frecuentes suelen ser las alteraciones de las vías biliares, que a su vez son a menudo responsables del fracaso de los tratamientos quirúrgicos habituales.

- Que la compresión de los canalículos biliares acaba por desvitalizar su pared, quedando el canalículo englobado en la adventicia la cual mantiene a esta sin colapsar después de haberse producido su rotura vertiendo su contenido biliar en la cavidad adventicial. La germinativa que de momento tapa el orificio, se desgarrar y se evacua dentro de la luz del conducto biliar, o se infecta y se desintegra.

- Que los quistes de asiento primitivo muy hiliares tienen pocas fístulas pero son de gran calibre planteando importantes problemas terapéuticos, que pueden ser especialmente graves cuando la afectación de la vía biliar es en la conjunción de ambos conductos biliares .

- Que en estos casos la patología obstructiva por material parasitario y la patología concomitante del esfínter de ODDI son frecuentes, complicando aún más la situación de estos pacientes.

- Que dentro de las distintas etapas de la Hidatidosis Primaria son los estadios complicativos los que entran más de lleno dentro del campo de las Résecciones. Por el contrario la hidatidosis secundaria con siembra

múltiple convertiría en paliativa esta técnica, al menos que la multiplicidad fuera exclusivamente lobar.

- Que si la cirugía, en un principio, solo se preocupó de extraer el parásito pronto surgen las Quistostomías y las Marsupializaciones que ya se preocupan del espacio residual. Analogamente el Capitonaje y la Epiploplastia también tienen la misma preocupación. Los Drenajes Internos así mismo tienen en cuenta el mismo problema y además ahorrarían bilis al organismo en los casos de fístulas biliares.

- Que una de las causas de permanencia de la cavidad residual, y subsiguientes posibles complicaciones en los quistes hepáticos es precisamente la adventicia.

- Que a principios de siglo, COTTE en Francia, TADDEY en Italia, KOERTE en Alemania, KILVINTOM en Australia, COCHEZ en Argelia y NAPALKOFF en Rusia llamaron la atención en la necesidad de extirpar la adventicia. Años más tarde una nueva y definitiva corriente por parte de CONSTANTINI en Grecia, YOVANOVICH en Yugoslavia, así como como BARRET, GUEDJ, IVANISSEVICH y PEREZ FONTANA aseguran que la adventicia no solo perpetua la cavidad residual sino incluso es la causa de recidivas parasitarias al quedar en ella elementos fértiles, después de extraído el parásito.

- Que, por tanto, la Cirugía Racional a partir de entonces no es solamente la que extrae totalmente el parásito sino también su adventicia, surgiendo así las Técnicas Radicales.

- Que a veces por tener más riesgo esta cirugía la Quistoperiquistectomía se hace incompleta, dejando teóricamente de ser una técnica absolutamente radical.

- Que entre las modalidades técnicas de Quistoperiquistectomías incompletas está la técnica de MABIT- LAGROT o Resección en Cúpula o Puesta a plano que es muy utilizada.

- Que las causas más frecuentes del fracaso de la cirugía de la Hidatidosis hepática son: La recidiva de la enfermedad parasitaria, el inadecuado tratamiento de la adventicia, cavidad residual y de las lesiones biliares.

- Que las características biológicas del parásito justifica su resistencia a la aniquilación total, ya que este en las condiciones más adversas puede volver a resurgir incluso muy tardíamente. La multivesiculación es otra característica perpetuadora de la especie.

- Que la adventicia no es un elemento estático sino evolutivo fuente de patología. Elemento negativo en la desaparición de la cavidad residual y cuyo engrosamiento e incluso calcificación, hacen fracasar muchas veces los tratamientos conservadores. Por otra parte su persistencia no garantiza la completa esterilización parasitaria. En su etapa de retracción cicatricial origina nuevas lesiones que progresan dinámicamente distorsionando la morfología hepática atrofiando los sectores más comprometidos. Finalmente la adventicia dificulta el tratamiento adecuado de las lesiones biliares; su

evolutuvidad hacia la esclerosis exuberante es un elemento muy perturbador y origen de patología biliar tardía.

- Que otra causa de patología futura es la infección de las cavidades residuales persistentes, a veces muchos años después de la intervención.

- Que tal vez el capítulo menos ponderado responsable de fracasos terapéuticos sea el de las lesiones biliares.

- Que la evolución previsible de una abertura de un conducto hepático en la adventicia es hacia la estenosis parcial o completa del mismo, a pesar de que muchas veces este fenómeno no trasciente al plano clínico.

- Que estas estenosis resultan de la involución de la adventicia, pero que se producen especialmente cuando existe abertura biliar previa, pues la reparación espontanea es a través de un bloque exuberante fibroso estenosante y distopiante.

- Que las consecuencias de estas estenosis pueden ser graves colangitis incluso supuradas y de repetición, dilatación y litiasis de los conductos intrhepáticos, abscesos en hígado, pepsis lesiones vasculares asociadas y en fin cirrosis biliares.

- Que la gravedad de esta patología va a depender del numero de aperturas biliares, del calibre y muy especialmente de la topografía de las mismas, siendo especialmente graves las lesiones de la conjunción de ambos

conductos hepáticos o las lesiones independientes en la hidatidosis múltiple.

- Que cuando las fístulas biliares son cutáneas postoperatorias que persisten largo tiempo pero que terminan cerrando, pueden ser tardíamente causa de problemas futuros, a pesar del mencionado tranquilizante cierre.

Que todo lo dicho habla a favor de que la terapéutica a aplicar deberá atender a todas estas vertientes, de tal manera que si la Quistoperiquistectomía Total fué introducida para corregir las limitaciones y secuelas de la cirugía conservadora, las Resecciones Hepáticas a su vez surgen para superar algunas limitaciones y peligro de las primeras. Estas no dejarían tejidos patológicos alguno, resuelven con mayor radicalidad los problemas biliares y tiene una indudable ventaja en no dejar espacios residuales, especialmente necesario en la Hidatidosis múltiple unilobular. A veces es la única solución de grandes fístulas biliares, de quistes con multiloculaciones y en pacientes con varias intervenciones en su haber. En muchos de estos casos los riesgos de la Quistoperiquistectomía es igual o mayor que el de la Resección.

- Que el gran riesgo de las Resecciones Hepáticas ha limitado su utilización, pero teniendo en cuenta que el concepto de riesgo no es estático ya que el riesgo de ayer no es el mismo que el de hoy ni que el de mañana. Por eso queremos estudiar en el último trienio el estado actual y la tendencia evolutiva de estas técnicas que en teoría, al menos, cubrirían casi la totalidad de la problemática quirúrgica de la Hidatidosis hepática.

Los detalles técnicos en la recogida de material y metodología aplicados, los resumiremos como sigue:

- Que el material recogido a sido mediante, llamémosle "Encuesta Hospitalaria Personal" recorriendo numerosos hospitales españoles, con lo cual la objetividad de los datos es muy superior al de otro tipo de encuestas.

- Que la objetividad obtenida compensa el mayor esfuerzo realizado

- Que para garantizar mayor cantidad de material la prospección se ha realizado en aquellas regiones que tradicionalmente se consideran de alta o media incidencia.

- Que se ha pretendido incluir en el estudio, hospitales de distinto tipo jerárquico: Hospitales clínicos universitarios, Ciudades Sanitarias y Residencias de la Seguridad Social, Hospitales Provinciales ...

- Que la identificación de los pacientes operados de hidatidosis hepática ha sido preferentemente a través de los archivos a nivel de los distintos Servicios Quirúrgicos, de los Servicios centrales y no pocas veces a través de los libros de Quirófano, ya que con relativa frecuencia hay pacientes que solamente figuran en estos libros.

- Que una vez identificados estos pacientes se ha confeccionado el "Listado de la Encuesta General" correspondiente a cada Servicio y a cada uno de los años del Triennio 1984-1986 y en donde se consigna fundamentalmente su identificación con el Nº. de historia, si ha sido posible, sus iniciales el diagnóstico y la técnica quirúrgica empleada. Los pacientes en que se han podido identificar su historia se marcan con un asterisco y aquellos en que se ha utilizado una técnica de Resección son resaltados en "negritas". Cada Servicio será marcado por un número ordinal.

- Que el primer escollo que nos hemos encontrados, además de la pérdidas de protocolos, ha sido la diversidad de nomenclaturas utilizadas lo que nos ha hecho tener que consultar en muchos Servicios y establecer determinados convencionalismos.

- Que en en el Listado se encuentran las técnicas quirúrgicas codificadas simplemente para facilitar su manejo y procesamiento.

- Que el listado de cada hospital se acompaña de cuatro fichas resúmenes de las distintas intervenciones realizadas en la totalidad del trienio 1984-1986 y de cada uno de los años 1984, 1985 y 1986.

- Que a continuación, y dentro del listado general se identifican aquellos pacientes que han sido sometidos a alguna modalidad de Resección, Su número total y el número total de pacientes nos suministra ya un dato importante como es el índice de resecabilidad en la cirugía de la hidatidosis hepática, y la tendencia evolutiva a lo largo de los tres años, así como el número de las diversas modalidades de Resección empleada, y las

Técnicas Conservadoras empleadas, las Técnicas Complementarias y así como algún otro dato de interés numérico.

- Que dentro de el total de pacientes sometidos a Resección Hepática se separan aquellos de los que disponemos de Historia clínica. Estos pacientes son los únicos que constituyen el capítulo llamado estudio individualizado de las Resecciones Hepáticas en Hidatidosis, donde pretendemos obtener el mayor número de datos posibles sobre las diversas modalidades técnicas de Resección, los pacientes, la enfermedad, la morbimortalidad y el coste asistencial traducido por las estancias hospitalarias.

- Que para lograr este estudio, con los datos de estos pacientes se rellenan otras tantas ficha adecuadas para tal fin cuyo objetivo es el de tener los datos homogeneizados para poder establecer valoraciones adecuadas.

- Que finalmente, siendo la Quistoperiquistectomia Total la técnica más próxima en radicalidad se establece un estudio comparativo con la misma. Para cuyo fin y de una manera similar se eligen al azar un mismo numero de pacientes sometidos a esta Técnica y que así mismo tengan historia clínica. Con los datos de estas se rellenan, analogamente otra fichas adecuadas y finalmente con los datos obtenidos se establecen estudios comparativos.

- Que al terminar este estudio ya podemos llegar a unas conclusiones según los resultados obtenidos y cuyas conclusiones las transcribiremos

fria y objetivamente pero siempre acompañadas de alguna interpretación, exclusivamente subjetiva y a veces especulativa.

La Encuesta General con sus resultados, discusión y comentarios es resumida de la forma siguiente:

- Que 41 Servicios Hospitalarios han sido los seleccionados, descartando otros muchos, por falta de datos, colaboración e incluso por falta de pacientes de este tipo.

- Que 1022 *PACIENTES OPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPATICA* han sido los identificados en el Trienio 1984-1986. en estos 41 servicios encuestados.

- Que 82 *PACIENTES HA SIDO SOMETIDOS A UNA U OTRA FORMA DE RESECCION HEPATICA* en el grupo de los 1022 pacientes.

- Que *LAS RESECCIONES HEPATICAS SE HAN REALIZADO EN EL 8,02 % DEL TOTAL DE OPERADOS POR HIDATIDOSIS DE ESTA VISCERA.*

- Que si aceptamos como cifra de referencia la obtenida de la media de las diez series publicadas y que arrojaban un porcentaje del 7,3 %, *EN EL ULTIMO TRIENIO ESTUDIADO SE HABRIA PRODUCIDO UN LIGERO AUMENTO DE LA RESECABILIDAD.*

- Que las Quistoperiquistectomias Totales, y dentro de el grupo de los 1022 pacientes, se han realizado en 288 quistes lo que supone que **FUERON REALIZADAS TRES VECES Y MEDIA MAS FRECUENTEMENTE QUE LAS RESECCIONES HEPATICAS.**

- Que las Marsupializaciones fué realizada en un número importante de ocasiones, concretamente en 365 ocasiones, mientras que otras Técnicas Coservadoras Derivativas han sido realizadas escaso número de veces, concretamente, en 18 ocasión:

LAS DIVERSAS TECNICAS DE MARSUPIALIZACION AUN SE SIGUEN APLICANDO CON FRECUENCIA PERO NO ASI LAS TECNICAS DE DERIVACION.

- Que las Quistoperiquistectomias Incompletas han sido practicadas 517 ocasiones, lo que supone sin lugar a duda que es la técnica más habitual.

- Que podemos concluir afirmando que **LA CIRUGIA CONSERVADORA INTEGRADA POR LOS DISTINTOS TIPOS DE MARSUPIALIZACIONES, DERIVACIONES Y TECNICAS DE EXTIRPACION INCOMPLETA DE LA ADVENTICIAS SON LAS TECNICAS MAS COMUNES UTILIZADAS. DESTACANDO EN ESTE GRUPO LA ULTIMA TECNICA QUE ES CON MUCHO LA MAS UTILIZADA ENTRE TODAS LAS TECNICAS CONSERVADORAS Y RADICALES..**

- Que entre las Técnicas Complementarias, el Capitonaje y la Epiploplastia o Mioplastia se han realizado pocas veces, en 58 y 28 ocasiones solamente.

- Que la actuación directa sobre lesiones de los conductos biliares ha sido realizada en 64 ocasiones, las actuaciones sobre el ODDI en 34 y el drenaje de KEHR en 125.

- Que es de destacar la frecuencia con que la Colecistectomía acompaña a las intervenciones de Hidatidosis hepática.

LA EXTIRPACION DE LA VESICULA BILIAR FUE NECESARIO REALIZARLA EN UN TERCIO DE LOS OPERADOS.

- Que las tendencias y ritmo de aumento o disminución de la aplicación de las técnicas se puede comprobar a través del estudio individualizado de los años 1984, 1985 y 1986.

- Que lo primero que destaca en este estudio individualizado es el:

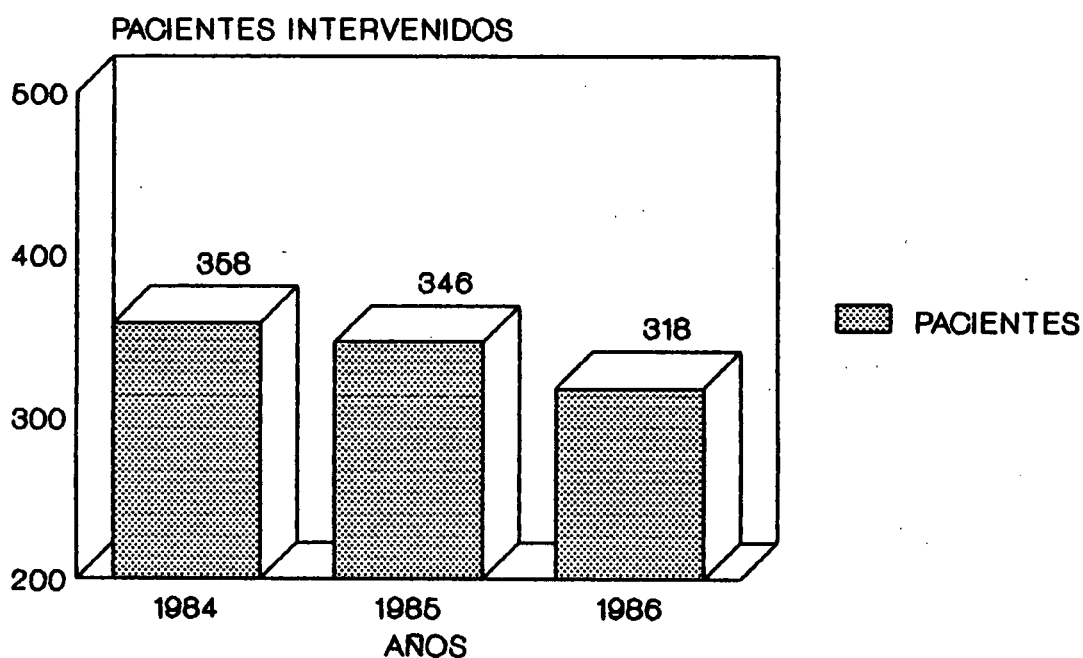
DISCRETO DESCENSO DEL NUMERO DE INTERVENCIONES POR HIDATIDOSIS HEPATICA A LO LARGO DE ESTOS TRES AÑOS.

- Que este estudio demuestra que en el año 1984 las diversas Resecciones Hepáticas fueron realizadas en el 8,65 % de los casos, en el 1985 en el 8,38 y, finalmente, en el 86 en el 6,91 %. Es decir:

A LO LARGO DEL TRIENIO 1984-1986 NO SOLO NO SE HA OBSERVADO UN RITMO DE AUMENTO EN LA APLICACION DE LAS TECNICAS DE RESECCION HEPATICA SINO QUE INCLUSO SE APRECIA UNA TENDENCIA AL DESCENSO.

HIDATIDOSIS HEPATICA

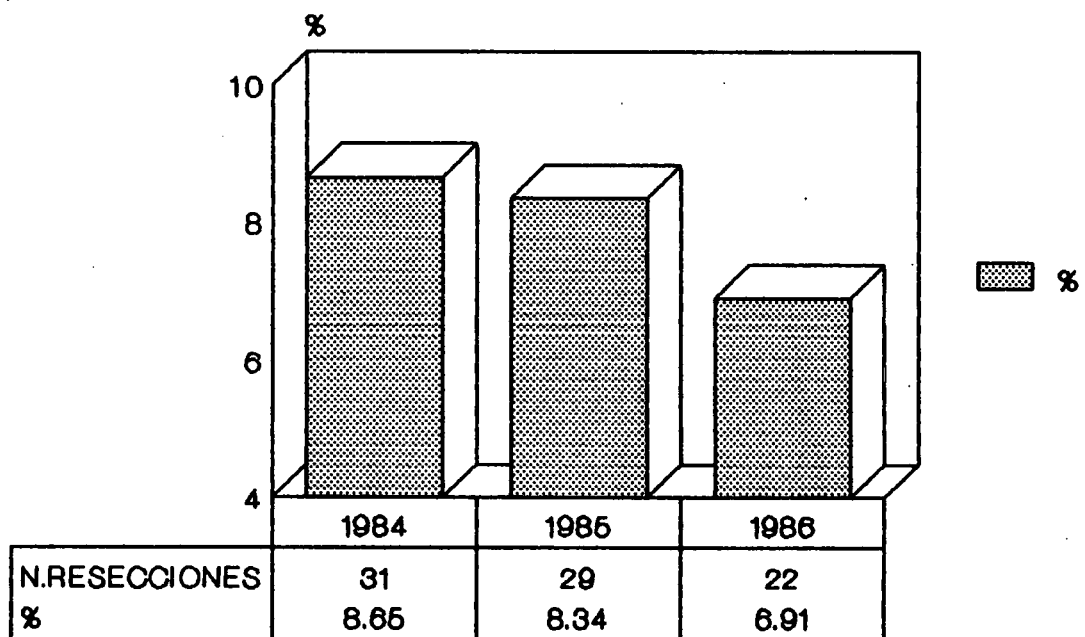
Intervenciones Trienio 1984-1986



TOTAL INTERVENCIONES: 1022

HIDATIDOSIS HEPATICA

Total Resecciones: 82



- Que no obstante, si aceptamos como orientativos los índices de resecabilidad obtenidos de las 10 series estudiadas expuestos en la Pág. 6, hasta 1984 sí se podría apreciar un ligero aumento, pues el índice de resecabilidad hasta esa fecha fué del 7,3% y el mismo índice en el Trienio estudiado fué del 8,02

- Que por el contrario la otra técnica radical, la Quistoperiquistectomía Total, se ha realizado en los tres años mencionados en el 25,4%, 26,01%, y en el 33,64 % ocasiones, es decir:

LA QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL A LO LARGO DEL TRIENIO ESTA PROGRESIVAMENTE AUMENTANDO SU UTILIZACION.

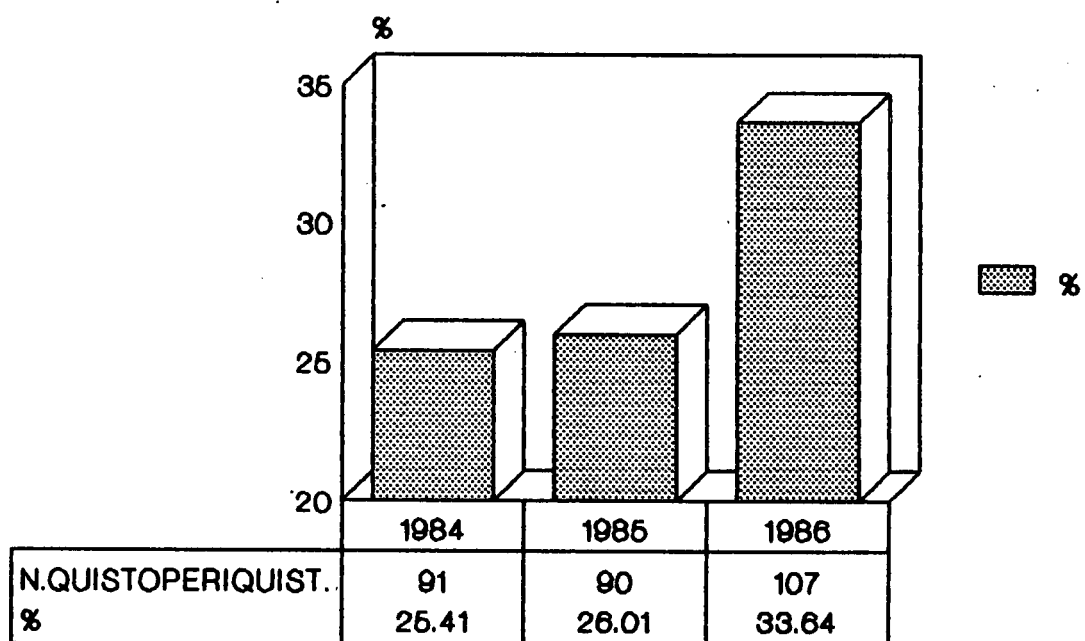
- Que la Cirugía Conservadora en el mismo Trienio ha sufrido un marcado descenso (110,27, 85,83 y 76,72) lo que supone que:

LA CIRUGIA CONSERVADORA AUN ES MUY UTILIZADA PERO QUE SE APRECIA UN NOTORIO DESCENSO DURANTE EL TRIENIO 1984-1986.

El estudio pormenorizado de los 61 Pacientes sometidos a distintas formas de Resección Hepática y seleccionados entre los 82 detectados, por disponer de historia clínica, nos arroja los datos que trataremos de resumir de la forma siguiente:

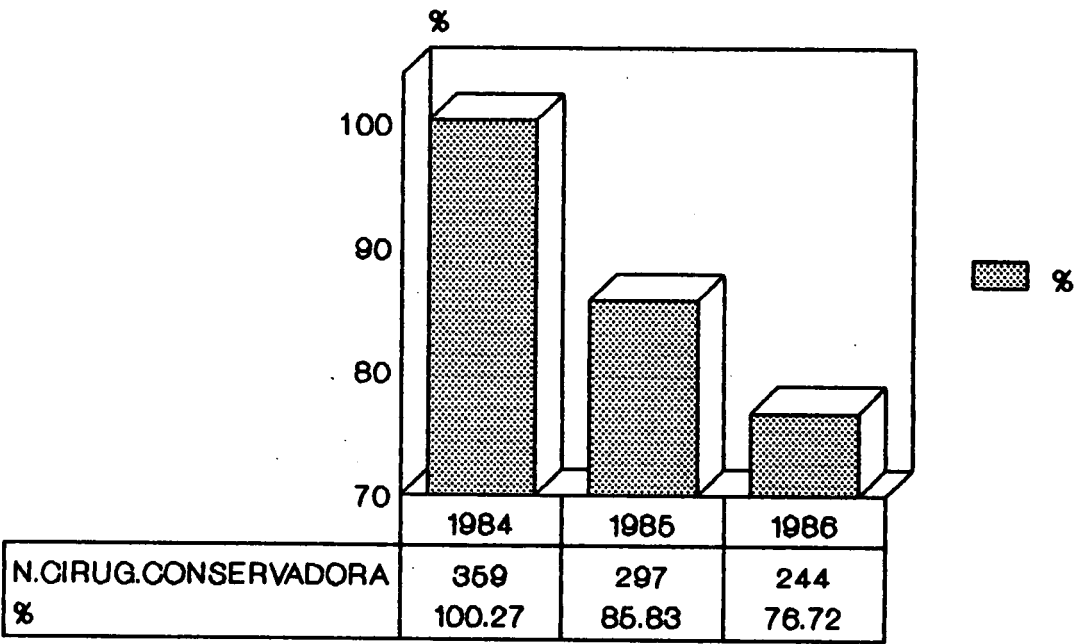
HIDATIDOSIS HEPATICA

Quistoperiquistectomías Totales: 288



HIDATIDOSIS HEPATICA

Cirugía Conservadora: 900



- Que en cuanto al al sexo estos pacientes fueron 39 varones y 22 hembras.

- Que *LA EDAD MEDIA DE ESTOS PACIENTES FUE DE 43, 45 AÑOS CON EDADES EXTREMAS DE 8 Y 78 AÑOS.*

- Que solamente 12 de estos pacientes tenían antecedentes quirúrgicos hidatídicos, lo que hace pensar que o este dato con frecuencia se ha omitido o que, en efecto, la decisión de Resectar se inclina por los pacientes que se someten a intervención la primera vez. Este hecho contrastaría con la filosofía reseccionista, pues en los reintervenidos es donde más abundaría la patología a extirpar radicalmente. Tal vez las mayores dificultades técnicas inducen a utilizar en estos casos técnicas de repliegue.

LAS RESECCIONES HEPATICAS SE HAN EMPLEADO CUATRO VESES MAS FRECUENTEMENTE EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES HIDATIDICOS PREVIOS Y SOLAMENTE EN EL 20% FUERON EN REINTERVENCIONES.

- Que si bien la Estancia Media Hospitalaria ha sido de 36,49 días, muy superior a las estancias medias de 24,26 días a nivel nacional.

LA ESTANCIA MEDIA POSTOPERATORIA, DE MAYOR INTERES EN NUESTRO ESTUDIO, FUE DE 20,34 DIAS.

- Que en los pacientes sometidos a Resección los síntomas dominantes han sido el dolor en 35 pacientes, siguiéndole en frecuencia la hepatomegalia, el tumor y la fiebre en 12, 11 y 11 casos. La ictericia y la coluria hicieron su aparición en ocho ocasiones, nauseas y vómitos en 4 ,

acolia en 3 y fístula biliar externa y escalofrío en dos. Reacciones de hipersensibilidad son detectada en 6 pacientes.

- Que en el estudio de las vías de abordaje la **LAPARATOMIA SUBCOSTAL DERECHA FUE LA VIA DE ELECCION** siendo realizada en 15 ocasiones (33,33%) siguiéndole la Transversa, la Toracofrenolaparatomía y la media, con 11 (22,92%), 10 (20,83%) y 9 (18,75%) aplicaciones respectivamente. La pararectal derecha y la toracotomía se han utilizado escaso número de veces, (, 08).2

- Que dentro de las Hepatectomías la Lobectomía Izquierda Clásica, la Amplida y la Hemihepatectomía Izquierda ocupan casi la mitad de las Resecciones practicadas (47,54%) mientras las Resecciones Derechas Mayores solamente se realizaron en el 11,48% de los casos. Por el contrario, el número de Resecciones Derechas ascenderá bruscamente si incluimos entre las derechas a las Quistorresecciones que en este lado se han realizado en 16 ocasiones y en el izquierdo solamente 6. Concluimos aseverando que:

A PARTE DE LAS CARACTERISTICAS QUISTICAS Y LESIONALES LOS CIRUJANOS HAN PREFERIDO REALIZAR LAS RESECCIONES MAYORES EN EL LADO IZQUIERDO DEL HIGADO Y A LA INVERSA CUANDO DE QUISTORRESECCIONES SE TRATA.

- Que en los 61 pacientes fueron identificados 114 quistes en el hígado, de los cuales 37 pacientes (60,65%) tenían uno solo y los 24 pacientes restantes (39,34) los tenían múltiples. La multiplicidad quística no es muy favorable para las Resecciones (salvo la multiplicidad unilobular) pues muchas veces convertirían a esta técnica en paliativa.

LAS RESECCIONES HEPATICAS SE REALIZARON EN CERCA DEL 40% DE LOS CASOS EN HIDATDISIS MULTIPLE INCLUSO CON OTRAS LOCALIZACIONES QUE CONVIERTEN A ESTA TECNICA PROBABLEMENTE EN PALIATIVA.

- Que los quistes multilobulares han sido casi la mitad de los unilobulares y la multivesiculación figuraban en 52 ocasiones mientras los univesiculares fueron 61.

- Que otras localizaciones concomitantes son escasas entre los Resecados lo cual es coherente.

- Que la topografía lobular más frecuente entre los resecados es la del lóbulo izquierdo siendo menor en el cuadrado y en el de Spigel.

- Que en la topografía segmentaria y en este grupo de pacientes los segmentos más afectados por la enfermedad lo fueron el II y el III en lado izquierdo y el V y el VI en el derecho. Los VII y VIII fueron afectados el mismo numero de veces, concretamente 20.

- Que al ser estos segmentos, II, III, V y VI los más afectados en los Hepatectomizados sugiere mayor facilidad técnica en estas localizaciones.

- Que dentro de las peculiaridades quísticas y lesionales en el grupo de los resecados hay que destacar que **EL 50% DE LAS RESECCIONES SE REALIZARON EN QUISTES GRANDES O GIGANTES UNICOS PERO SI LE AGREGAN LOS**

GRANDES QUISTES DEL GRUPO DE LOS QUISTES MULTIPLES UNILOBULARES ESTE PORCENTAJE ASCIENDE AL 62,96%.

- Que la multivesiculación se ha constatado en el 50% de estos quistes y que a veces se le ha asociado la calcificación de la adventicia y la supuración y el contenido mástico.

- Que en 18 ocasiones la Resección ha sido realizada en quistes múltiples unilobulares estando la indicación reforzada por la escasa viabilidad del parénquima interquístico, la multivesiculación, y la fístula biliar de gran calibre. Por tanto:

LA MULTIPLICIDAD QUISTICA LOBAR HA DECIDIDO LA RESECCION EN EL 30% DE LOS CASOS, SIENDO REALIZADA EN ALGUN CASO INCLUSO CON CARACTER PALIATIVO AL EXISTIR OTRO LOBULO TAMBIEN CON QUISTE QUE NO FUERON TRATADOS RADICALMENTE.

- Que en cuanto a la radicalidad, desde el punto de vista de la enfermedad parasitaria, el hígado resecado incluyó toda la patología hidatídica en 41 casos pero, sin embargo, en 19 se dejó adventicia o existían otras localizaciones, es decir :

EN EL 31% DE LOS CASOS ESTA TECNICA NO INCLUYO LA TOTALIDAD DE LA ENFERMEDAD LO QUE SIGNIFICA QUE ESTA TECNICA DE GRAN RADICALIDAD DUDOSAMENTE HABRIA CONSEGUIDO SU OBJETIVO.

- Que existe un tercer grupo en donde la resección se realizó por diversas circunstancias como enfermedad asociada o la citación expresa de la escasa viabilidad del hígado resecado.

- Que en el estudio de la Morbimortalidad destaca una moderada mortalidad del 1,63 (1 fallecimiento) y una alta morbilidad postoperatoria con 24 postoperatorios complicados o sea el 39,34% de los operados, cifra muy superior a las publicadas en casuísticas nacionales e internacionales. de estos pacientes complicados 8 hubieron de ser reintervenidos en el posoperatorio. Por tanto podemos concluir diciendo que:

LAS RESECCIONES HEPATICAS EN HIDATIDOSIS SE ACOMPAÑARON DE MODERADA MORTALIDAD PERO DE IMPORTANTE MORBILIDAD ALCANZANDO LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS AL 40% DE LOS OPERADOS.

- Que dentro de las complicaciones destacan en frecuencia y gravedad el hemoperitoneo (7 pacientes) y el absceso subfrénico (4 pacientes) por su número y gravedad pues de **ONCE DE ESTOS PACIENTES 8 PRECISARON REINTERVENCION**

- Que el estudio de la morbilidad por modalidad de Hepatectomía utilizada nos indica que **LAS HEMIHEPATECTOMIAS DERECHAS SE COMPLICARON EN EL 57% DE LOS PACIENTE, LA LOBECTOMIAS IZQUIERDAS CLASICAS EN EL 36% Y LAS HEMIHEPATECTOMIAS IZQUIERDAS CON CONTROL HILIAR EN EL 100%. POR EL CONTRARIO LAS QUISTORRESECCIONES LO FUERON SOLAMENTE EN EL 26% DE LOS CASOS.**

- Que, finalmente, llama la atención que **LAS RESECCIONES INSTRUMENTALES CON CLAMP DE LIM PRESENTARON COMPLICACIONES EN EL 85,71% DE LOS OPERADOS.**

HIDATIDOSIS HEPATICA **Estudio Comparativo. Hechos más Significativos.**

	Q.P.T. 61	HEPATECTOMIAS. 61	
Edad:	44,6	43,45	años
Estancia Media			
Postoperatoria:	20,45	20,34	días
Quistes Unicos:	41	37	pacientes
Quistes Múltiples:	20(50Q)	24(77)Q	.
Portadores de:			
9 Q	0	2	pacientes
7 Q	0	1	.
6 Q	0	1	.
5 Q	0	1	.
2 Q	12	16	.
Volumen:			
25 cm.	1	3	
20 cm.	3	16	
Lóbulo Izquierdo:	14	36	
Lóbulo Cuadrado:	14	8	
Segmentos:			
V	24	24	afectados
VI	23	22	.
Postoperatorios:			
Complicados	28	29	pacientes
Reintervenidos	3	9	.
Fallecimientos	1	1	.

En el estudio comparativo con las Quistoperiquistectomias los hechos más significativos son:

- Que es curioso que se obtienen varios índices coincidentes en los dos grupos de pacientes como por ejemplo:

LA EDAD MEDIA EN AMBOS GRUPOS HA SIDO ALREDEDOR DE LOS 44 AÑOS.

- Que la Estancia Media Hospitalaria ha sido muy próximas en ambos grupos pero la Estancia Media Postoperatoria en ambos grupos (intervenidos por dos técnicas distintas) ha sido casi exacta, concretamente de 20 días. Por tanto podemos afirmar que:

LA RENTABILIDAD DE LAS HEPATECTOMIAS Y QUISTOPERIQUISTECTOMIAS ES LA MISMA EN CUANTO ESTANCIAS MEDIAS POSTOPERATORIAS SE REFIERE.

- Que en el grupo sometido a Resección existen pacientes con 9,7,6 y 5 quistes y ninguno con este número tan alto entre los sometidos a Quistoperiquistectomía Total. 16 pacientes tenían 2 quistes entre los primeros y 12 entre los segundos. Por tanto:

LA MULTIPLICIDAD QUISTICA ES MAS HABITUAL EN LAS INDICACIONES DE RESECCION HEPATICA QUE EN LAS DE QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL ESPECIALMENTE CUANDO LOS QUISTES SON MUY NUMEROSOS.

- Que en el tamaño de los quistes también hay coherencia, pues quistes de gran tamaño (un diametro de 20 cms.) encontramos 16 entre los resecados y solamente 3 entre los sometidos a Quistoperiquistectomía Total y de 25 cms encontramos 3 en el primer grupo y solamente 1 en el segundo.

QUISTES DE GRAN TAMAÑO O GIGANTES SE ENCUENTRAN MAS FRECUENTEMENTE ENTRE LOS RESECADOS QUE ENTRE LOS QUE SE LES HA PRACTICADO UNA QUISTOPERIQUISTECTOMIA TOTAL .

- Que lo más llamativo en cuanto a topografía se refiere entre el grupo de los Resecados y entre los que fueron sometidos a Quistoperiquistectomías fué la muy superior localización en los lóbulos izquierdos entre los pacientes del primer grupo sobre los segundos con 36 y 14 localizaciones respectivamente, por el contrario este predominio en el lóbulo cuadrado se invierte, 8 veces en el primer grupo y 14 en el segundo. Por tanto:

EL LOBULO IZQUIERDO INDUCE MAS A LA PRACTICA DE HEPATECTOMIAS QUE A LA EJECUCION DE QUISTOPERIQUISTECTOMIAS TOTALES. EN CAMBIO EN LAS LOCALIZACIONES EN EL LOBULO CUADRADO, MAS DIFICIL DE MANEJAR A LA HORA DE PRACTICAR UNA LOBECTOMIA, INCLINARIA A LA REALIZACION DE LA SEGUNDAS TECNICAS.

- Que en la topografía segmentaria destaca que los Segmentos V y VI son afectados casi en el mismo numero de veces, lo que significaría que en estos casos, y, máxime, cuando afecta al reborde hepático, ambas técnicas tiene las mismas facilidades de ejecución.

- Que los postoperatorios complicados en las Quistoperiquistectomías Totales han sido 28 es decir en el 46,67% de los casos y en las Resecciones lo fueron en 24 ocasiones, 40%. Que así como las complicaciones más frecuentes en los resecados fueron el hemoperritoneo , el absceso subfrénico

y la fiebre alta y mantenida, en los Quistoperiquistectomizados lo fueron los derrames pleurales, los abscesos subfrénicos también, pero menos importantes, y las fístula biliares. Estas últimas complicaciones originaron 3 reintervenciones y, en cambio, entre los Resecados fueron 8 los reintervenidos.

LOS POSTOPERATORIOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEPATECTOMIAS SE COMPLICARON EN EL 40% DE LOS CASOS Y SIN ENBARGO LOS SOMETIDOS A QUISTOPERIQUECTOMIAS EN EL 46,67%, PERO EL NUMERO DE REINTERVENCIONES FUERON MAS DEL DOBLE ENTRE LOS PRIMEROS.

LA MORTALIDAD DEL 1,64 FUE IGUAL Y DISCRETA EN AMBOS GRUPOS.

Para terminar, podemos sintetizar las conclusiones finales en dos apartados:

A.- Que las Técnicas de Resección Hepática aplicada a la Hidatidosis son utilizadas en España en el 8% de las operaciones, pero que a pesar de que teóricamente reúnen los máximos criterios de radicalidad no se han generalizado tanto como debía sospecharse, dado el avance tecnológico de los tiempos actuales. Más llamativo resulta que su incremento no solamente no ha aumentado en el último Trienio estudiado, sino que durante estos tres años han ido sucesivamente decreciendo sus aplicaciones.

B.- Que las causas de tal fenómeno podríamos sintetizarlas en los siguientes apartados:

12.- Que a pesar de ser unas técnicas que actualmente registran una razonable mortaliadad, aun pagan un fuerte tributo en cuanto a morbilidad postoperatoria se refiere, con numerosas complicaciones e importante número de reintervenciones.

22.- Que otra técnica de exéresis también radical, la Quistoperiquistectomía Total le hace una dura competencia con indicaciones parecidas y en pacientes de la misma edad media, habiéndose comprobado en el mismo trienio estudiado un progresivo aumento en sus aplicaciones.

32.- Que el coste en días de hospitalización y en mortalidad de ambas técnicas es exactamente el mismo y aunque las complicaciones de la Quistoperiquistectomía Total son moderadamente superiores a la de las hepatectomías las reintervenciones se han dado en menos de la mitad de casos.

42.- Que incluso en nuestros grupos estudiados ha sido más radical la Quistoperiquistectomía respecto al quiste parasitario pues esta técnica extrajo siempre la totalidad de la adventicia y no fue así en algunas Resecciones, especialmente en las Quistorresecciones.

C. - Que pese a ello, la técnicas de Resección Hepática, coincidiendo con otros autores, son excelente y que, a pesar de todo lo dicho, tienen un lugar preciso en la cirugía de la Hidatidosis, con indicaciones precisas en

los quistes muy grande y gigantes, en los múltiples unilobulares con muchos quistes, en la coexistencia con zonas de hígado patológico, ante gravísimos problemas fistulares y cuando la Quistoperiquistectomía Total se prevee tiene grandes dificultades técnicas para llevarse a cabo. Indicaciones también, que entran muy de lleno dentro de su campo de actuación, habrán de ser las reintervenciones, a veces múltiple, habitualmente por fracaso de las demás técnicas, y en donde su aplicación en la actualidad ha sido escasa, como hemos podido comprobar en esta Tesis

CAPITULO X

FUENTES BIBLIOGRAFICAS Y BIBLIOGRAFIA

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

La Bibliografía de la Hidatidosis en general pertenece fundamentalmente a unas cuantas zonas de la Tierra. Los núcleos bibliográficos más importantes los tenemos en Sudamérica y en la Cuenca Mediterranea, mientras que los núcleos australiano y del continente asiático poseen una bibliografía difícil de conseguir.

Por otra parte el hecho de Norteamérica y en Europa los países Anglosajones no padezcan actualmente esta antropozoonosis restringe

enormemente el material bibliográfico. Las más acreditadas revistas internacionales reducen a anécdotas estas publicaciones.

Todo ello hace difícil encontrar publicaciones en número suficiente y de actualidad sobre la Hidatidosis en general y más aun sobre el tema elejido.

Por ello queremos resaltar únicamente tres fuentes bibliográficas que nos han sido de mayor utilidad. Estando el resto muy diversificado.

Finalmente, queremos apuntar que la mayor Bibliografía aportada lo han sido por los uruguayos y argentinos en America del Sur, por argelinos y tunecinos en Africa y por los griegos, italianos, y franceses en Europa y en menor grado por algun pais del Este. Finalmente, es en España y en la actualidad es donde se encuentra, probablemente, el foco más importante bibliográfico sobre Hidatidosis.

ARCHIVOS INTERNACIONALES DE LA HIDATIDOSIS.

En un lugar muy destacado hemos de citar esta colección de libros monográficos sobre la totalidad de aspecto en la antropozoonosis hidatídica.

Los Archivos Internacionales de la hidatidosis constituyen el elemento difusor de la ciencia y el saber hidatidológico de la Asociación Internacional de Hidatidología, siendo incluso la iniciación de su publicación algunos años anterior a la fundación de la propia Asociación. En efecto, el año 1941 en que fué fundada esta, ya existían cinco volúmenes publicados por el Centro de Estudios de la Hidatidosis de Uruguay, entidad que cedió gentilmente sus derechos sobre esta valiosa obra.

Sus volúmenes se han nutrido fundamentalmente del material científico de los Congresos y de las Jornadas Internacionales de Hidatidología y donde podemos encontrar recopilada la historia de la mencionada antropozoonosis en todas sus facetas. Constituyen pues una obra de inigualable interés y una periódica puesta al día de los conocimientos científicos y los planes de control de la misma.

Esta colección, desgraciadamente, tuvo una interrupción de varios años y por tanto no está recogido el material expuesto en los X, XI y, XII Congresos Internacionales celebrados en Arequipa (Perú), Atenas (Grecia) y Argel (Argelia) en los años 1972, 1977 y 1981. Afortunadamente se han reanudado con la publicación en 2 tomos del muy abundante y valioso material presentado en el XIII Congreso Internacional de Madrid celebrado en 1985.

Por tanto la colección cuenta con XXVIII Volumes que recogen una decena de Congresos Internacionales y otras tantas Jornadas. Las escuelas más importantes de hidatidología están representadas en esta colección. Destacados autores uruguayos, argentinos, griegos, argelinos y españoles, que desgraciadamente son los que más experiencia tienen sobre el particular, nos han donado su inestimable experiencia.

HIDATIDOLOGIA

Libro monográfico editado por la Asociación Española de Hidatidología que recoge el material de las Reuniones Científicas Anuales organizadas por dicha Asociación y que, análogamente, es un material inestimable para estar al día del problema de la hidatidosis en España. Los trabajos incluyen los diversos aspectos desde los epidemiológicos y de control, pasando por los

quirúrgica de las diversas escuelas Españolas, hasta los trabajos de la nueva corriente investigadora. En la actualidad existen cuatro Volúmenes editados.

LIBRO DE RESUMENES DE CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES.

Suplen el suministro de material en aquellos Congresos Nacionales e Internacionales en los que no ha sido posible su publicación. Destacamos el libro de Abstracts del XI Congreso Internacional de Atenas y el del XII Congreso Internacional de Argel, y los Españoles de la VI Reunión Científica Nacional de Valladolid, de la VII de Sigüenza y de la VIII de Córdoba.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PEREZ GALLARDO M.- Profilaxis. Rev. PAR. nº.18 -Febrero, 13. 1984)
- 2.- PEREZ GALLARDO M.- Introducción. Hidatidología. Libro IV.
.Ed. Asociación Española de Hidatodología. 17. MADRID 1985.
- 3.- PAPADOPOULOS G.- La hidatidosis en el Mundo. VIII Reunión Científica Nacional de la Asociación Española de Hidatidología. Córdoba 1988.
- 4.- BOLETINES EPIDEMIOLOGICOS.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Enero 1984, 1985. 1986, 1987. MADRID
- 5.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA.- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

Hospitalaria. 1984,1985, 1986. MADRID

- 6.- PEREZ GALLARDO M.- Cirugía de la Hidatidosis Hepática. Mesa Redonda. XII Curso Internacional de Actualización en Cirugía. 22 - 27 Mayo 1989 1989. MADRID
- 7.- LANDA GARCIA J.I.- Resecciones hepáticas en la hidatidosis. Libro de Ponencias del XIII Congreso Internacional de Hidatidología. MADRID 1985.
- 8.- BENGMARK, S. - Progress in the treatment of the liver cancer. World J. Surg. 6,1, 1982.
- 9.- MAYS, E.T.- How to manage the aftereffects of liver surgery. Medical Times, Jan, 1977.
- 10.- WENDEL, W.- Beiträge zur chirurgie der leber. Arch. Klin. Chir., 95,887, 1911.11.- CAPRIO G.- Un caso de extirpación del lóbulo izquierdo del higado. Bull. Soc. Cir. Urug., MONTEVIDEO, 2, 159,1931.
- 12.- LIN, T. Y., SOLETO SAEZ E., LANDA GARCIA J.I.- Resecciones hepáticas (primera parte). Rev.Esp. Enf, Ap. Digs., 59,743, 1981.
- 13.- MORENO GONZALEZ E., LANDA GARCIA J.I., SANCHEZ BLANCO J.M Y COL. Resecciones hepáticas en tumores primitivos y enfermedades no neoplásicas. Actualización en Cirug. del Apa. Dig. Vol.II. Ed. Jarpyo. 96-109, 1983
- 14.- TON THAT TUNG.- Les réséctions majeurs et mineures du foie. Mason, PARIS, 1979
- 15.- GONZALEZ J.A., JIMENEZ M., PLACER C., SAGREDO P., MARTIN R., SOLETO SAEZ E. Resecciones hepáticas en hidatidosis. A.I de la H. Vol. XXVIII. Libro II Ed. M. Pérez Gallardo. 29, MADRID 1988.
- 16.- COUINAUD, C.- Le Foie. Edit. Masson, PARIS 1957.
Hépatectomie droit réglée. Press. Med. 60, 549, 1952.

- 17.- LORTTAT-JACOB J.L., ROBERT HG.- Hépatectomie droit réglée. Press. Méd. 60,,549, 1952
- 18.- SENEQUE J.; ROOX M.; CHATELEIN C.; HUGUENARD, D.- Sur un cas d'hépatectomie réglée. Mém. Acad. Chir., 78, 728, 1952.
- 19.- QUATTLEBAUM J.K.; QUATTLEBAUM J. K. JR.- Massive resection of the liver. Ann. Surg. , 137, 787,- 1953.
- 20.- SOLETO SAEZ E.- Resecciones hepáticas en Hidatidosis. Hidatidología. Libro IV. Ed. Asociación Española de Hidatidología. Madrid 1984.
- 21.- LIN T.Y., HSU K.Y., HSIEH C.M .- Sttudy on lobectomy of the liver a new téccnical suggestion on hemihepatectomy and report of three cases of primary hepatoma treated with total left lobectomy of the liver. J. Forsan Med. Assoc. 57;742. 1958.
- 22.- QUATTLEBAUM J . K.; QUATTLEBAUM, J . K. Jr.- Technique of hepatic lobectomy. Ann. Surg., 149, 468, 1959.
- 23.- PACK C.T., MILLER T.R.- Middle hepatic lobectomy for cancer. Cancer, 14 1295, 1961..
- 24.- SOLETO SAEZ E.- Resecciones hepáticas en hidatidosis . Hidatidología Libro IV. Ed. Asociación Española de Hidatidología. Madrid 1984.
- 25.- LIN T., SOLETO SAEZ, E., LANDA GARCIA J. I.- Resecciones hepáticas (primera parte). Rev. Esp. Enf. Ap. Digest., 59, 743, 1981.
- 26.- LIN T. I., SOLETO SAEZ E., LANDA GARCIA J. I.- Resecciones hepáticas (segunda parte). Rev. Esp. Apa. Digest., 59, 743, 19810.
- 27.- LIN T.Y.- Results of 107 hepatic lobectomies with a preliminary repor of the use of clamp to reduce blood loss. Ann. Surg. 177; 413. 1973.
- 28.- LANDA GARCIA J. I.- Resecciones Hepáticas en la Hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis VOL. XXVIII, Libro II, Ed. M. Pérez Gallardo. Pág. 31 Madrid. 1988.

- 29.- SOLETO SAEZ E.- Texto de la Banda Sonora de la Película "El Clampaje de LIN para Resecciones Hepáticas.
- 30.- GONZALEZ J.A., JIMENEZ M. PLACER C., SAGREDO P., MARTIN R. Y E. SOLETO SAEZ.- Resecciones Hepáticas en Hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXVIII, Libro II. Pág. 29 .Madrid 1988.
- 31.- CASTIGLIONI D.: Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática. Libro de Ponencias del XIII Congreso Internacional de Hidatidología. 308. MADRID 1985).
- 32.- GOINARD P., PEGULLO J., PELISSIER G.- Le quiste hydatique. Massón & Cía. Edteurs. 193. PARIS 1960.
- 33.- CHALNOT P. ET GROSDIDIER J.- Echinococcose alveolaire du foie. Hepatectomie droit e'largie. Mem. Acad. Chi, 84,nº. 10-21, 1958. 295-300.
- 34.- GROSDIDIER J., BOISSEL P.- L' Ecinococcose Alveolaire du foie. Abstracts. XII International Congress Hydatidosis. ARGEL 1981.
- 35.- BREGADSE I . L.- Nuestra experiencia en el tratamiento de la echinococoosis alveolaris (multilocularis) hepati. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXI.Ed. V. Perez Fontana. 184. MONTEVIDEO 1963.
- 36.- GOINAR P., PEGULLO J., PELISSIER G.- Le kyste hydatique du foie. Ed. Masson & Cie Editeurs. 32. PARIS 1960.
- 37.- BOURGEON ET PETRI H.- L'ouverture des kyste hydatiques du foie dans les vois biliaires. Archivos Internacionales de la Hidatidosis Vol.XVI. Ed., B. Couries.13. ATHENES 1957.).
- 38.- CEDAN ALFONSO.- Técnica quirúrgica en la equinococosis hepática. Archivos Internacionales de la Hidatidosis.Vol XXI.Ed. V.Pérez Fontana. 394, MONTEVIDEO 1963.

- 39.- PEREZ - HICKMAN.- Nuestra experiencia en la hidatidosis hepática. Coloquios nacionales sobre cirugía de la hidatidosis. Cátedra Prf. J. Bltrán de Heredia. 93, VALLADOLID 1968.
- 40.- SKAMNAKIS S. - Hepatectomies for echinococcus disease of the liver. Libro abstracts XI International Congress of Hydatidosis. 89, ATHENS 1977.
- 41.- TOADER C., TOADER I., CAZACU M., CIOROIU M.- Some problems in diagnostic and surgical treatment of hepatic hydatid cist. Libro Abstracts XI International Congress Hydatidosis 96. ATHENS 1977.
- 42.- SAPKAS A., PAPAEVANGELOU E., MANTONAKIS S.- Radical operations in hepatic echinococcosis. Libro de abstrac. XI Internacional Congress of hydatidosis 86 ATHENS 1977.
- 43.- ANTONAKIS S., LIAKAKOS D., KOURTIS K., MITELAS TH., FREICH., FREICH., PAPAEVANGELOU.- The place of hepatectomy in the hydatid disease of the liver. Libro abstrac. International Congress hydatid. 54. ATHENS 1977.
- 44.- CASAY Y., KOSHINO I., KAWANISHI N., HATA Y., YASSIMOTO M., KUMAGAI.- M. Surgical aspect of the avolar echinococcosis. Libro abstrac del XI International Congress of hidatidosis. 43. ATHENS 1977.
- 45.- HADJ SALAH H., ABID A., SEBAI F., SASSI S.- Les Hepatectomies Reglees dans le kyste Hidatique du Foie. Abstracts. XII International Congres Hydatidosis. 214. ARGEL 1981.
- 46.- GARCIA BLANCH G., LANDA GARCIA J.I., MORENO AZCOITIA M, CALLE SANTIUSTE A., GUTIERREZ GOMEZ M., Y MORENO GONZALEZ E.- Análisis de 180 enfermos intervenidos quirúrgicamente por hidatidosis hepática. Abstracts. International Congress Hydatidosis. 72. ARGEL 1981.
- 47.- ZANNINI G., DE SENA G., LEONE F., ROBERTI Q., INCOLLINGO C., OLIVEIRO.-

- N.- Archivos Internacionales de la Hidatidosis . Vol XXVIII, Libro II.
Ed.M.Pérez Gallardo. 260. MADRID 1988
- 48.- DIGALIC D., MILECEVIC M., DJVKIC V., ESTEFANOVIC B., PETROVIC M.,
BULAJIC M.- Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol XXVIII,
Libro II Ed. M.Pérez Gallardo. 116. MADRID 1988.
- 49.- JUNICHI UCHINO, NAOKI SATO, TOMOYUKI TAKAGI, KIYOSHIGE SUZUKI, FUMIO
SANO.- Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol.XXVIII.Libro I.
Ed. M.Pérez Gallardo.259. MADRID 1988.
- 50.- CASTRINI G., TOCCACELI S., PITASI F., FRANTTAROLI F.M., PAPALARDO.- Our
experience in the surgical treatmen of patiens with hepatic
hydatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXVIII,
Libro II. Ed. M.Pérez Gallardo. MADRID 1988.).
- 51.- JIMENEZ M.C., PLACER C., SAGREDO P., MARTIN R., GONZALEZ J. A., SOLETO
SAEZ E.- Veinte años de experiencia en hidatidosis hepática. Archivos
Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXVIII. Libro II. Ed. M. Pérez
Gallardo. 281. MDRID 1988.)
- 52.- AGUILEYA V., MARTINEZ M., INGELMO A., GASTAMINZA R, MARTINEZ F.,
GONZALEZ Y GONZALEZ M.- Resultados comparativos entre técnicas
radicales y conservadoras en la cirugia de la hidatidosis hepática.
Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXVIII. Libro II.
Ed.M.Pérez Gallardo.42. MADRID 1988.
- 53.- LANDA GARCIA J.I.- Resecciones hepáticas en la hidatidosis. Archivos
Internacionales de la Hidatidosis. Vol.XXVIII. Libro II. Ed. M.Pérez
Gallardo. 31. MADRID 1988.
- 54.- SERRANO P.A., PEREZ BEDMAR J.A., CASTEJON R.- Nuestra experiencia en el
tratamiento quirúrgico de 234 pacientes portadores de quistes
hidatídicos. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXVIII.

- Libro II. Ed. M. Pérez Gallardo. 284. MADRID 1988.
- 55.- ZARAGOZA C., NARBONA B., DAVILA D., ARIÑO J., CANET J.- Estudio de 153 hidatidosis hepáticas. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Vol. XXVIII. Libro II. Ed. M. Pérez Gallardo. 267. MADRID.
- 56.- RELIMPIO FERRER F.- Justificación del Empleo de las Resecciones Hepáticas como Tratamiento de la Hidatidosis del Hígado. Hidatidología. Libro IV. Ed. Asociación Española de Hidatidología. 225. MADRID 1983.
- 57.- PEREZ GALLARDO M.- Mesa Redonda sobre Hidatidosis Hepática. Hospital 12 de Octubre. Sº. Cirugía Digestiva. Prf. E. Moreno Gonzalez MADRID 1989.
- 58.- NAVARRO ZORRAQUINO M.- Respuesta Inmunológica de Huésped Humano Frente a la Infestación por *Echinococcus Granulosus*. Hidatidología Libro III. Pág. 89. Ed. Asociación Española de Hidatidología. MADRID 1983.
- 59.- REISIN I. L., Col.- Mecanismos de Acción del Mebendazole Sobre el *Echinococcus Granulosus* en su Estadio Larval Estudiados In Vitro. Bases Para la Interpretación de los Resultados de la Quimioterapia Experimental y Clínica. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Libro I. Ed. M. Pérez Gallardo. Pág. 42. MADRID 1988.
- 60.- CASADO ESCRIBANO N., RODRIGUEZ CAABEIRO F.- Cultivo in Vitro de *Echinococcus Granulosus*: Desarrollo de Microquistes. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Libro I. Ed. M. Pérez Gallardo. 75. MADRID 1988.
- 61.- MOISAO R.- Quisto hidático do figado. Aspectos fisiopatológicos Ligados a sua repercussao sobre parénquima hepático. Hidatidología Libro III. Pág. 151. Ed. Asociación Española de Hidatidología. MADRID 1983.
- 62.- CERESETO P. L.- Quiste Hidatídico de Hígado Abierto en Vías Biliares. .30. BUENOS AIRES 1958.

- 63.- ALVARES SALAS MORIS J .L.- Hidatidosis Pulmonar. Edit.Liade.Pág. 58.
MADRID 1969
- 64.- TOMALINO D.- Complicaciones Torácicas de la Equinocosis Hepática.
Rev. El Torax. 11,85-118. 1962.
- 65.- PEREZ GALLARDO M., ORUSCO E., G. ARAGONESES F., FOLQUE E.-
Complicaciones Torácica de la Hidatidosis Hepática. Generalidades.
Hidatidología. Asociación Española de Hidatidología, Libro II. Pág.177.
MADRID 1982).
- 66.- ESCUDERO VALVERDE F.- Marsupialización Abierta y Cerrada en el
Tratamiento de Hidatidosis H epática. Coloquios Nacionales sobre la
cirugía de la hidatidosis.Ed.Liade. VALLADOLID 1968.
- 67.- CEDAN ALFONSO J.- Estado actual de la hidatidosis hepática. Archivos
Internacionales de la Hidatidosis.Vol.XV.,108, SANTA MARIA. BRASIL 1973
- 68.- PEREZ GALLARDO M.- Tratamiento Quirúrgico de la Hidatidosis Pulmonar.
Libro de Ponencias del XIII Congreso Internacional de Hidatidología.
. 255. MADRID 1985.
- 69.- QUEMADA J., DE CASTRO J.- Quiste Hidatídico de Hígado. Coloquios
Nacionales Sobre la Cirugía de la Hidatidosis. Ed. Liade. Pág 37.
VALLADOLID 1968.
- 70.- LLAURADO A., TORRES E.- Drenaje de la Via Biliar por
Esfinteroplastia en el Tratamiento del Quiste Hidatídico del Hígado
Abierto a Vias Biliares. Coloquios Nacionales de la cirugía de la
hidatidosis hepática. Ed. Liade . 59 - 63. VALLADOLID 1968
- 71.- ECKERT J.- Tratamiento médico de la hidatidosis. Libro de Ponencias.
XIII Congreso Internacional de Hidaidología. Ed. Comunidad de Madrid.,
343, MADRID 1985.

- 72.- BIRCHER J.- Tratamiento médico de la hidatidosis. Libro de Ponencias. XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Ed. Comunidad de Madrid. 348. MADRID. 1985.
- 73.- PAWLOWSKI Z.S.- Tratamiento médico de la hidatidosis. Libro de Ponencias XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Ed. Comunidad de Madrid. 346. MADRID. 1985.
- 74.- VANPARIJS O.- Efficacy of some benzimidazole compounds on alveolas echinococcus in rodents. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Libro I. Ed. M. Pérez Gallardo. 378. MADRID 1988.
- 75.- ARRU E., TARANTINI S., LEONI A.- La eficacia del praziquantel inyectable contra echinococcus. Abstracts. XII Congreso Internacional de Hidatidología. 44, ARGEL 1981.
- 76.- YAO PING LI, LI JUN., DING SHAO XU. Praziquantel in treatment and investigation with abdominal Hydatidopsis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Libro I., 417, MADRID 1988.
- 77.- DJILALI G. Y COL.- El agua oxigenada en cirugía del quiste hidatídico. La Presse Médical. Edición Española. Tomo II. nº.4, 205.
- 78.- PRADERI R.- Problemática de Vías Biliares en Hidatidosis. Libro de Ponencias del XIII Congreso Internacional de Hidatidología. 340. MADRID 1985
- 79.- MORENO GONZALEZ E., LANADA GARCIA J.I., Y COL.- Transplante Ortótopico de Hígado en enfermo con Síndrome de BUDD-CHIARI Crónico Secundario a Hidatidosis Hepática. VIII Reunión Científica Nacional de la Asociación Española de Hidatidología. CORDOBA 1988.
- 80.- PERDOMO R. Estenosis Biliares Posthidatídicas y sus Complicaciones. Accesit al Premio Benzo 1985. XIII Congreso Internacional de Hidatidología. MADRID 1985.

- 81.- BURGEON R., PIETRI H.- L' ouverture des Kystes Hydatiques du foie dans les voies Biliaires. Arch.Inter.Hidat. 1957.
- 82.- BOURGEON R.- Relations des Kystes Hydatiques et des Voies Biliaires. Archivos Internacionales de la Hidatidosis Vol XXVIII. Libro II. Ed.M. Pérez Gallardo. Pág 133. MADRID 1985
- 83.- MALLAGRAY CASAS S.- Modus Operandi. Simposiun sobre Equiniococoosis Hidatídica en España. Edi. Instituto Bayer de Terapéutica Experimental. .129.MADRID 1981.
- 84.- LAIN ENTRALGO P.- Cuestiones terminológicas. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Libro 12. Ed. Asociación Española de Hidatidología. .11.MADRID 1988.
- 85.- GARCIA ALVAREZ A., LANDA J.I, JOVER J.M., SILECHIA G., GOMEZ G., MORENO M., MORENO GONZALEZ E.- Resecciones hepáticas en Hidatidosis. ¿ Una Mejor Alternativa Quirúrgica. Accesit al Premio Benzo de la Asociación Española de Hidatidología 1983.
- 86.- BISMUTH H.- Les Hepatectomies. Encycl. Méd. Chir.T echniques Chirurgicales 4202. PARIS 1976.
- 87.- BISMUTH H., HOUSSIN D., CASTAING D.- Myor and Minor Segmentectomies Rénglés in Liver Surgery. World. J. Surg., 6,10. 1982.
- 88.- STARZL T.E., BELL R.H., BEAT R.W., PUTMAN CH.W.- Hepatic Trisegmentectomy and Other Liver Resection. Surg. Gynecol. Obstet., 141,424,1975.
- 89.- STARZL T.E., KOEP L.J., WEIL R., LILLY J.R., PUTNAN CH. W., ALDRETE A.- Right Trisegmentectomye for hepatic neoplasm. Sur.Gynecol. Obstet., 150, 208, 1980.
- 90.- PEREZ GALLARDO M.- La hidatidosis en el Hospital Provincial de Madrid. XIV Congreso Internacional de Hidatidología. PORTO ALEGRE BRASIL.1989
- 91.- MIGUELENA BOBADILLA J.M., QUERALT C.B., LAGUENS P.G. LASIERRA M.-

Periquistectomía total en el tratamiento del quiste hidatídico hepático
Hidatidología Libro II. Ed. Asociación Española de Hidatidología. 199,
MADRID 1983.

92.- CRUZ VIGO F., MENEDEZ J.M., BALLESTEROS D., RAMOS F.A., LOPEZ M^a. I., OTERO
O., DELGADO V.E.- Hidatidología Libro IV. Ed. Asociación Española de
Hidatidología. 160, MADRID 1984.

93.- JIMENEZ GARRIDO, SAGREDO, MARTIN, PLACER, AGUINAGA Y SOLETO SAEZ E.-
Nuestra experiencia en el tratamiento de la hidatidosis hepática.
Hidatidología Libro IV. Ed. Asociación Española de Hidatidología. 168,
MADRID 1984

94.- LOSADA C.A., CORREA C., RODRIGUEZ J., CASTRO J.- La adventiciectomía
en la hidatidosis hepática. Archivos Internacionales de la Hidatidosis
Vol. XXVIII. Libro II. Ed. M. Pérez Gallado. 77, MADRID 1989.

95.- XAVER C. YOTIS.- Surgical treatment of liver Echinococcus by radical
cystectomy. Abstracts. XI International Congress of Hydatidology. 107,
ATENAS 1977.

96.- MENTOURI B., SALEM A., LAHDJEL M.- la periquistectomía total. Topogra-
fía e indicaciones operatorias. Abstracts. XII International Congress
of Hydatidology. ARGEL 1981

97.- GONZALEZ FUSTER A., NIETO T., PICATOSTE M., MANZANARES J., TRILLO P.- Hi-
datidosis hepática en Segovia durante 1983. Hidatidología Libro IV. Ed.
Asociación Española de Hidatidología. 191. MADRID 1984.

98.- MIGUELENA J.M., QUERALT C., HYCKA M.A., URTIAGA J.I., LOZANO R.- Compli-
caciones postoperatoria de la hidatidosis hepática. Hidatidología. Li-
bro II. Ed. Asociación Española de Hidatidología. 193, MADRID 1983.

99.- MIGUELENA J.M., QUERALT C., HYCKA M.A., LOZANO R.- Tratamiento quirur-
gico de la hidatidosis hepática. Aportación a nuestra experiencia.

Hidatidología Libro III. Ed. Asociación Española de Hidatidología. 168
MADRID 1983.

- 100.- PASTRANA G., GRANELL J., MANZANARES J., PICATOSTE M., RAMIREZ M., PUIG A.-
Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico
de hígado. Técnicas quirúrgicas empleadas. Hidatidología Libro II. Ed.
Asociación Española de Hidatidología. 138, MADRID 1982.
- 101.- MIGUELENA J.M., QUERALT C.B., LAGUENS G., DEUS G., HYCKA M.A., LOZANO R.-
Quiste hidatídico hepático recidivado. Análisis de nuestra
experiencia. Archivos Internacionales de la Hidatidosi. Vol XXVIII
Libro II. Ed. M. Pérez Gallardo. 223 y 224, MADRID 1988.
- 102.- DANIELE G.M., PISANO G.- Total pericystectomy in modern surgery of
hepatic hydatidosis. Abstracts. XI Congreso Internacional de Hidatido-
logía. ATENAS 1977.
- 103.- LIMONES ESTEBAN, LOPEZ, MALLAGRAY, BUTRON.- Análisis de nuestra expe-
riencia en el tratamiento quirúrgico de la hidatidosi hepática.
Hidatidología Libro IV. Ed. Asociación Española de Hidatidología.
MADRID 1984.